TEA EN ADULTOS

Evaluación y estrategias de intervención

NeuroClass

TEA EN ADULTOS

Evaluación y estrategias de intervención

Este documento es un resumen que recoge los apuntes y contenidos académicos del curso *online* TEA en adultos: Evaluación y estrategias de intervención.

Disertante:
Lic. Mag. Silvia Huelmo

Redacción y edición:
Enzo Calicchio Saavedra, Matilde Gallo Fraga y Victoria López Ramírez

Objetivos:

1. Comprender el Trastorno del Espectro Autista (TEA) en la adultez, incluyendo su evolución histórica, criterios diagnósticos y características clínicas específicas en esta etapa del desarrollo.

2. Diferenciar el TEA de otras condiciones neuropsiquiátricas y comorbilidades mediante un adecuado diagnóstico diferencial, identificando factores que pueden enmascarar la sintomatología en adultos.

3. Desarrollar habilidades en la aplicación de herramientas de evaluación y diagnóstico del TEA en adultos, como escalas de cribado, entrevistas clínicas y análisis funcional de síntomas.

4. Analizar el impacto del género en la manifestación del TEA, explorando cómo las diferencias biológicas y socioculturales influyen en su identificación y diagnóstico.

5. Implementar estrategias de intervención y apoyo para mejorar la calidad de vida de los adultos con TEA, promoviendo enfoques personalizados en educación, empleo y salud mental.

Disertante:

Lic. Mag. Silvia Huelmo

PhD (2023-actualidad)
Graduada en Psicología por la Universidad de Salamanca. Master Universitario en Neuropsicología por la Universidad de Salamanca. Personal Investigador de la Universidad de Salamanca. Formación avanzada y experiencia en neuroimagen funcional y registro electrofisiológico. Formación avanzada en psicología experimental y metodología de las ciencias del comportamiento.

---

*Nota: A lo largo del curso, hablamos de las dificultades que a menudo presentan las personas con TEA. Sin embargo, queremos señalar que estas dificultades no se originan en la persona, sino que son una consecuencia de la falta de adaptación y accesibilidad del entorno a diferentes realidades y capacidades.

Índice

MÓDULO I
Introducción al Trastorno del Espectro Autista 1

1.1. Definición del espectro y principales características 2

1.2. Evolución del concepto de TEA en la historia clínica 2

1.3. Etiología y prevalencia del TEA en adultos 4

1.3.1. Etiología del TEA 4

1.3.1.1. Factores genéticos 4

1.3.1.2. Factores Ambientales 5

1.3.2. Prevalencia del TEA 5

MÓDULO II
Evaluación y diagnóstico del TEA 7

2.1. Herramientas de cribado en adultos 8

2.1.1. AQ 8

2.1.2. BAPQ 9

2.2. Herramientas de diagnóstico en adultos 9

2.2.1. ADOS-2 10

2.2.2. ADI-R 11

2.3. Diferencias de la evaluación y diagnóstico en infancia, adolescencia y edad adulta 13

2.3.1. Características del diagnóstico en niños 13

2.3.2. Características del diagnóstico en adolescentes 14

2.3.3. Características del diagnóstico en adultos 15

2.4. Diagnóstico diferencial 16

MÓDULO III
Diagnóstico de TEA en adultos 19

3.1. Desafíos del diagnóstico en adultos con TEA 20

3.1.1. Entrevista inicial 20

3.1.2. Observación de las conductas actuales 21

3.1.3. Informe y retroalimentación 21

3.2. Comorbilidades 22

MÓDULO IV
Diferencias de género en adultos con TEA 26

4.1. Impacto del género en la presentación clínica 27

4.1.1. Diferencias en la presentación clínica según el género 27

4.1.2. Factores biológicos y sociales que modulan el impacto del género 28

4.2. La barrera del diagnóstico en mujeres 29

4.2.1. Factores que dificultan el diagnóstico en mujeres 30

4.2.1.1. Limitaciones en el diagnóstico en mujeres del ADOS-2 30

4.2.1.2. Limitaciones en el diagnóstico en mujeres del ADI-R 31

4.2.2. Comorbilidades en mujeres 32

4.3. Estrategias para mejorar el diagnóstico del TEA en mujeres 33

MÓDULO V
Características psicosociales en adultos con TEA 37

5.1. Dificultades psicosociales de las personas con TEA 38

5.2. Fortalezas psicosociales de las personas con TEA 39

5.3. Impacto del TEA en la vida social y familiar 40

MÓDULO VI
El fenómeno del *masking* 42

5.3. ¿Qué es el masking? 43

6.2. Impacto del masking en las personas con TEA 43

6.3. Impacto del masking en el diagnóstico 45

MÓDULO VII
Intervenciones y terapia en adultos con TEA 48

7.1. Desafíos de la intervención en adultos 49

7.2. Ejes de la intervención en adultos con TEA 50

7.2.1. Intervención sobre los síntomas nucleares de TEA 50

7.2.2. Intervenciones dirigidas a los síntomas asociados y a la calidad de vida ..52

MÓDULO VIII
Recursos y planes de apoyo para adultos con TEA 54

8.1. Elaboración de planes de apoyo para personas con TEA 55

8.2. Recursos específicos para adultos con TEA 57

8.2.1. Empleo para adultos con TEA 57

8.2.2. Educación en adultos con TEA 58

8.3. Estrategias para la inclusión, integración y participación activa en la comunidad ...60

Referencias bibliográficas 62

MÓDULO I

Introducción al Trastorno del Espectro Autista

1.1. Definición del espectro y principales características

El trastorno del espectro autista (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por dificultades persistentes desde la infancia temprana en la comunicación social recíproca, así como por intereses y comportamientos restringidos y repetitivos (American Psychiatric Association, 2013). El concepto de espectro autista hace referencia a que **el TEA no es una condición única, sino un conjunto de manifestaciones clínicas que varían entre las personas en términos de características, intensidad y necesidades**. En este sentido, se utiliza el término "espectro" porque engloba un amplio rango de impedimentos en dos áreas principales: por un lado, comunicación social y, por otro, patrones de comportamiento e intereses restringidos.

En primer lugar, las **dificultades en comunicación social y recíproca**, incluyen desde obstáculos en la captación de señales sociales (como el contacto visual, el lenguaje corporal) hasta una incapacidad total para la interacción social (como la ausencia total o parcial de lenguaje).

Por otro lado, los **patrones de comportamiento e intereses restringidos** pueden ir desde preferencias marcadas por ciertos temas o rutinas, hasta conductas repetitivas que interfieren de manera significativa con la vida diaria.

Asimismo, **otro aspecto a destacar es que existen diferencias individuales en las habilidades cognitivas y el lenguaje**. De esta manera, algunas personas con TEA presentan discapacidades intelectuales o dificultades graves de lenguaje, mientras que otras muestran habilidades sobresalientes en áreas específicas.

Consecuentemente, el hecho de que el TEA englobe esta diversidad de dificultades y diferencias individuales, también hace que **los apoyos e intervenciones deben ser amplios y diversos**. Por tanto, como profesionales, es fundamental reconocer la diversidad del TEA para diseñar evaluaciones e intervenciones personalizadas que respondan a las necesidades, contextos y fortalezas individuales de cada persona.

1.2. Evolución del concepto de TEA en la historia clínica

El TEA fue inicialmente descrito como un trastorno propio de la infancia. En 1943, Leo Kanner, describió por primera vez el autismo en su artículo *Autistic Disturbances of Affective Contact* (Trastornos autistas del contacto afectivo) (Kanner, 1943). Observó a un grupo de niños con problemas en la interacción social, el lenguaje, con presencia de intereses restringidos y comportamientos repetitivos. Lo llamó "autismo infantil temprano".

Paralelamente, Hans Asperger, un médico austriaco, describió a niños con características similares, pero con habilidades cognitivas altas y un lenguaje más desarrollado. **Su trabajo dio origen al concepto de "síndrome de Asperger"** (Asperger, 1944).

En las décadas posteriores de 1950 y 1960, empezaron a surgir teorías explicativas del autismo, especialmente desde el psicoanálisis. En esta línea, **Bruno Bettelheim, propuso la idea de que el autismo era causado por madres frías y emocionalmente distantes**. Dicha teoría fue desacreditada posteriormente, pero generó un estigma considerable. Al mismo tiempo, fue también durante estas décadas cuando se empezó a explorar el uso de técnicas conductuales en diferentes poblaciones, entre ellas, niños que presentaban la sintomatología recogida por Kanner y Asperger.

Así, hacia las décadas de los 70 y 80, **se dejaron atrás las teorías psicoanalíticas, reconociendo el autismo como un trastorno médico y neurológico**, para, en 1980, ser incluido en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, tercera edición (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition*, DSM-III, en inglés) como "autismo infantil".

Posteriormente, **en 1994, el *DSM-IV* introdujo el término "trastornos generalizados del desarrollo" (TGD)**, que incluía el autismo, el síndrome de Asperger y otros trastornos relacionados. Lo anterior, marcó un reconocimiento de la heterogeneidad del espectro autista, pero aun sin introducir este término.

No fue hasta la década de los años 2000 cuando se empezó a hablar del "espectro autista", reconociendo la variabilidad en los síntomas y niveles de funcionamiento. **En 2013, el DSM-V consolidó el término "trastorno del espectro autista (TEA)"** y eliminó subcategorías como el síndrome de Asperger, unificando el diagnóstico y aceptando la diversidad de las personas con TEA.

Así, la neurodiversidad se convirtió en un enfoque clave, destacando el autismo como una variación natural del cerebro humano en lugar de un trastorno que debe ser "curado". En función de ellos, se comienza a promover la inclusión y la eliminación de barreras sociales para las personas con autismo, reconociendo sus derechos y fortalezas únicas.

Hoy en día, el TEA es reconocido como **un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por una gran heterogeneidad**, lo que subraya la importancia de enfoques personalizados en la educación, el trabajo y la atención clínica. Además, se continúa trabajando para combatir estigmas y garantizar la participación plena de las personas con este trastorno en la sociedad.

Sin embargo, a pesar de los avances en el conocimiento y la conceptualización tanto del término como del espectro, la investigación y apoyos a personas con TEA se centran únicamente en la infancia y adolescencia, como si el trastorno únicamente se manifestara en dichas etapas. **Por el contrario, el TEA es un trastorno del neurodesarrollo de por vida, que en ocasiones tiene un impacto potencialmente perjudicial en el funcionamiento de los adultos** (Murphy et al., 2016). En este sentido, es importante avanzar en el conocimiento del TEA en dicha población, con el fin de garantizar los apoyos e intervenciones necesarias a las personas con TEA durante todo su ciclo vital.

1.3. Etiología y prevalencia del TEA en adultos

1.3.1. Etiología del TEA

Las descripciones fundamentales de Asperger (1943) y Kanner (1944) sobre niños con autismo y sus familias también incluyeron detalles sobre comportamientos de los padres y madres de estos niños, proporcionando así las primeras referencias a posibles rasgos familiares y genéticos relacionados con el TEA. Sin embargo, a pesar de las primeras evidencias sobre una posible contribución genética al autismo, esta línea de investigación no se exploró durante varias décadas. En cambio, como se ha mencionado anteriormente, durante la década de 1960, las teorías psicoanalíticas ganaron influencia, sugiriendo que el autismo era causado por una crianza deficiente, lo que dio lugar al uso generalizado del término despectivo "madres nevera" (Murphy et al., 2016). No fue hasta la década de 1980 que la investigación genética sobre el autismo comenzó a proliferar, junto con el reconocimiento de la asociación de síndromes raros y trastornos cromosómicos con el TEA.

Actualmente, el TEA se considera un trastorno del neurodesarrollo altamente hereditario y heterogéneo. Sin embargo, **se cree que tanto los factores genéticos como los ambientales contribuyen al desarrollo del TEA**. En cuanto a los factores genéticos, se han identificado varios genes y mutaciones presentes en personas con TEA, pero el vínculo entre estos y el trastorno aún no está completamente claro. Pero, ¿qué significa que sea heterogéneo? Esta característica hace referencia a que puede tener múltiples causas genéticas, y no existe un solo gen que cause por sí mismo la presencia del TEA.

1.3.1.1. Factores genéticos

Se estima que la heredabilidad del TEA es de aproximadamente el 90% (Freitag, 2007). Además, cada vez se identifican más genes de novo (mutaciones genéticas nuevas que no están presentes en los padres) que causan déficits en la comunicación, el comportamiento y el funcionamiento social.

Siguiendo esta línea, se estima que dichos genes son responsables del 10-20% de los casos de TEA (Ostrowski et al., 2024). Por otro lado, se sabe que los hermanos de personas con autismo tienen un riesgo aumentado del 2 % al 8 % de tener autismo, lo que representa un aumento de 25 veces respecto a la población general (Abrahams & Geschwind, 2008; Murphy et al., 2016).

Asimismo, Gazestani et al. (2019) encontraron una red genética que incluye genes que son expresados durante el desarrollo del cerebro fetal, observando que está desregulada en personas con TEA. En este sentido, aquellos genes que se asocian con el alto riesgo de presentar TEA son reguladores clave de esta red, y dependiendo del grado de desregulación, existe una mayor o menor gravedad de los síntomas de TEA durante la infancia.

1.3.1.2. Factores Ambientales

A partir de una investigación realizada con gemelos, se estimó que **las variables genéticas contribuyen entre un 35% y un 40% al riesgo de desarrollar un TEA, y que el 60% restante se debe a factores ambientales, prenatales, perinatales y postnatales** (Hallmayer et al., 2011). En este sentido, los factores de riesgo ambiental asociados con el TEA incluyen complicaciones prenatales y perinatales, exposiciones a virus, complicaciones en el parto como la falta de oxígeno (hipoxia) (Froehlich-Santino et al., 2014).

En conclusión, podemos afirmar que el TEA es un trastorno con un importante componente genético, el cual está relacionado o bien con genes heredados, o bien con la aparición de nuevos genes. A lo anterior, se le suma la influencia de factores ambientales, como por ejemplo la presencia de factores de riesgo prenatales y perinatales, los cuales incrementan el riesgo de desarrollar este trastorno del neurodesarrollo. Por último, es importante tener en cuenta que, aunque el TEA se observa principalmente en la infancia, no es una condición que desaparece. Por el contrario, el TEA es una condición que acompaña a la persona a lo largo de toda su vida.

1.3.2. Prevalencia del TEA

Aunque la prevalencia del TEA en muchos países de ingresos bajos y medianos es desconocida debido a la falta de investigaciones epidemiológicas, recursos diagnósticos adecuados y sistemas de salud que permitan identificar y registrar casos de manera eficiente, **según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), 1 de cada 100 niños tiene TEA** (Ostrowski et al., 2024).

Particularmente, en las últimas décadas, ha habido un aumento constante en la incidencia de los TEA en muchas regiones del mundo, incluidas Europa y Estados Unidos, **siendo esta incidencia mayor en niños y hombres, con un ratio de 4:1 con respecto a las mujeres**. Cabe destacar que, en su origen, el TEA era una condición asociada exclusivamente a niños varones. Sin embargo, recientemente, se le ha prestado una mayor atención a las mujeres con esta sintomatología, dando lugar a un aumento del diagnóstico en mujeres.

Como ya adelantamos previamente, la prevalencia del TEA en adultos es un tema menos estudiado en comparación con la población infantil. **Muchas personas con TEA, especialmente aquellas con niveles más altos de funcionamiento o formas más sutiles del trastorno, no reciben un diagnóstico hasta la adultez, si es que lo reciben**. Esto se debe en parte a que el conocimiento sobre el TEA ha crecido principalmente en contextos infantiles, y los criterios diagnósticos han evolucionado con el tiempo. Es decir, se estima que hay una gran cantidad de adultos que por su alto funcionamiento o presentaciones “atípicas” del trastorno no han recibido un diagnóstico, dando lugar a un sesgo en la prevalencia del TEA en población adulta.

A pesar de ello, **estudios en países como el Reino Unido sugieren que la prevalencia de TEA en adultos podría ser similar a la de los niños**, con cifras cercanas a 1% de la población general (Brugha et al., 2011). Sin embargo, estas estimaciones varían según el método de diagnóstico y la población estudiada, por lo que es difícil realizar una estimación de la prevalencia exacta del TEA a nivel global.

En definitiva, existen diferentes limitaciones a nivel de diagnóstico y de acceso a poblaciones minoritarias, que dificultan el conocimiento real de la prevalencia del TEA. Especialmente, en población adulta, muchas personas no reciben el diagnóstico hasta una avanzada edad, o nunca lo reciben. Sin embargo, a pesar de estas limitaciones, se estima una prevalencia de un 1% tanto en niños como adultos.

MÓDULO II

Evaluación y diagnóstico del TEA

El diagnóstico del TEA es un proceso complejo que se basa en una evaluación detallada de las conductas, habilidades sociales y de comunicación del individuo. Dado que los síntomas del TEA varían considerablemente entre las personas, **el diagnóstico requiere un enfoque integral que considere tanto el comportamiento observado como la historia de la persona**. Lo anterior, es particularmente cierto en adultos, cuya manifestación de los síntomas suele ser menos evidente.

Asimismo, cabe destacar que detectar el trastorno en las primeras etapas es fundamental, ya que permite la intervención temprana, lo que mejora significativamente el pronóstico y la calidad de vida de la persona. A continuación, **se abordarán las principales herramientas diagnósticas utilizadas para la evaluación y diagnóstico del TEA**.

2.1. Herramientas de cribado en adultos

El cribado temprano de TEA es esencial para garantizar un diagnóstico oportuno y facilitar intervenciones que mejoren la calidad de vida de las personas afectadas. Pero, ¿qué son estas herramientas? Las mismas **son instrumentos diseñados para identificar signos y comportamientos asociados al TEA en una población general**, permitiendo detectar casos potenciales que requieran una evaluación diagnóstica más exhaustiva.

Sin embargo, **en ningún caso se deben utilizar para emitir un diagnóstico**, sino para identificar posibles señales que indiquen una sospecha o riesgo de TEA. En los siguientes apartados veremos cuáles son las principales herramientas de cribado de TEA para adultos.

2.1.1. AQ

El Cociente del Espectro Austista (Autism Spectrum Quotient, AQ, en inglés), creado por Baron-Cohen et al. (2001), **es una herramienta de cribado autoadministrada de cincuenta preguntas para evaluar tendencias autistas en adultos con inteligencia dentro de la media**. Esta escala puede ser utilizada para el cribado clínico para determinar si una persona encaja o no con las características típicas del TEA, el grado del trastorno y si se debe hacer un diagnóstico preciso.

Es decir, el **AQ nos da información sobre en qué grado los rasgos de una persona podrían ser o no compatibles con el diagnóstico de TEA**. Por ejemplo, una persona que supere la puntuación de corte en el AQ, podría necesitar de una evaluación diagnóstica completa para confirmar o no la presencia de TEA.

Sin embargo, no solo es una herramienta de cribado, sino que **también sirve para medir las diferencias individuales en los rasgos autistas en personas neurotípicas**, lo cual se considera beneficioso tanto en diagnóstico como en investigación (Yoshinaga et al., 2023). Una revisión sistemática centrada en el AQ analizó 73 estudios que incluían adultos con y sin TEA. Los resultados mostraron que la puntuación media del AQ fue de 17 puntos en personas sin TEA y de 35.2 en el grupo con TEA (Ruzich et al., 2015).

En este sentido, podemos observar una gran diferencia entre las puntuaciones de personas con y sin TEA, pero también observamos que el cociente del espectro autista no es cero en personas sin TEA, lo que pone de manifiesto la **presencia de rasgos autistas en población neurotípica**. Por tanto, el AQ nos permite evaluar los rasgos compatibles con TEA en adultos, no solo para llevar a cabo una evaluación diagnóstica cuando sea necesario, sino para conocer también la presencia de estos rasgos en personas que no presentan una sospecha de TEA.

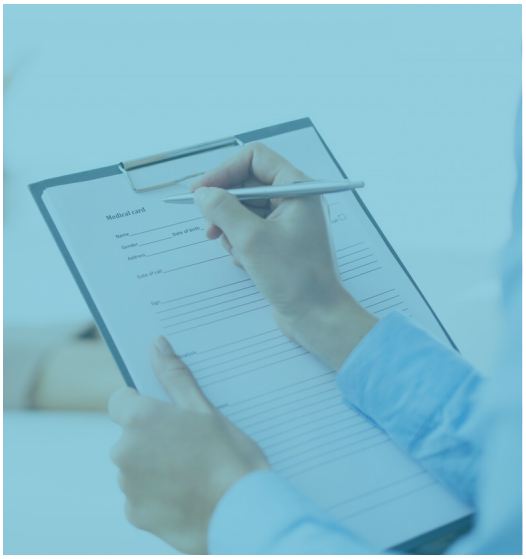
2.1.2. BAPQ

El Cuestionario del Fenotipo Ampliado del Espectro Autista (*Broad Autism Phenotype Questionnaire*, BAPQ, en inglés) (Hurley et al., 2007), **es una herramienta útil para identificar rasgos asociados al fenotipo autista en personas que no cumplen con los criterios diagnósticos del TEA**, pero que presentan características relacionadas con el espectro autista. Este cuestionario tiene tres subescalas que corresponden a características del fenotipo de TEA: Desapego, Rigidez y Lenguaje pragmático.

Lo anterior, es particularmente útil para detectar la variabilidad y la expresión de los rasgos autistas en la población general. **Al ser una herramienta que se suele aplicar a los parientes de personas con diagnóstico de TEA, es apropiada para la investigación sobre la heredabilidad de esta condición**. De esta manera, se utiliza en estudios para entender cómo ciertos rasgos autistas son heredados. Por ejemplo, una de sus aplicaciones más habituales es dirigida a padres de niños que acaban de recibir un diagnóstico. Hurley et al. (2007) encontraron una diferencia significativa en las puntuaciones en el BAPQ entre los padres de niños sin TEA y los padres de niños con TEA, siendo éstos últimos los que tenían una puntuación significativamente mayor en el cuestionario. La media de puntuación de padres de hijos sin TEA fue de 2.67, mientras que la de padres con hijos con TEA fue de 3.58. Los padres de hijos con TEA no solo puntuaron más alto en la escala global, sino que sus puntuaciones también fueron superiores en cada una de las subescalas (desapego, rigidez y lenguaje pragmático).

2.2. Herramientas de diagnóstico en adultos

En este apartado, haremos hincapié sobre las herramientas diagnósticas de TEA, las cuales **están diseñadas para llevar a cabo una evaluación profunda y detallada de los síntomas y comportamientos que caracterizan el TEA**, permitiendo un diagnóstico clínico preciso. A diferencia de las herramientas de cribado, que se utilizan como una primera aproximación para identificar posibles signos de TEA en personas sin diagnóstico, las herramientas diagnósticas requieren una evaluación más exhaustiva, que involucra entrevistas clínicas, observación directa y la recopilación de información sobre la historia de la persona.



Mientras que el cribado es útil para detectar casos potenciales de TEA y determinar si una persona debe someterse a una evaluación más profunda, **las herramientas diagnósticas se centran en confirmar o descartar el trastorno, identificar su gravedad y comprender el perfil único de cada persona**. Entre las herramientas diagnósticas más conocidas se encuentran la Entrevista Diagnóstica del Autismo-Revisada (Autism Diagnostic Interview-Revised, ADI-R, en inglés:) y la Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo, segunda edición (Autism Diagnostic Observation Schedule-2, ADOS-2, en inglés), ambas fundamentales para obtener un diagnóstico completo y detallado.

2.2.1. ADOS-2

El ADOS- 2 es una herramienta estructurada y estandarizada utilizada para la evaluación del TEA en personas de todas las edades, desde niños pequeños hasta adultos. La misma **se basa en la observación directa del comportamiento del individuo** y evalúa áreas clave como la comunicación, la interacción social, el juego o el uso imaginativo, y los comportamientos restringidos y repetitivos.

La evaluación **consiste en una serie de actividades y tareas diseñadas para estimular respuestas que permitan observar patrones de comportamiento característicos del TEA**. De esta manera, los resultados se interpretan en función de la observación de dichos comportamientos y de la interacción entre el evaluador y la persona evaluada. Sin embargo, es importante señalar que **el ADOS-2 no es una prueba de diagnóstico definitiva por sí sola**. Por el contrario, constituye una herramienta complementaria dentro de una evaluación integral que debe incluir también el historial clínico y otras observaciones o entrevistas, como escalas cognitivas y de habilidades adaptativas.

En lo que refiere a los diferentes módulos, cada uno está adaptado a una franja de edad y nivel de desarrollo específico, lo que permite una evaluación precisa en función de las características del individuo:

- **Módulo T**: Este módulo está diseñado para evaluar a niños de 12 a 30 meses. Es utilizado para niños que aún no tienen un lenguaje verbal significativo y se enfoca en la observación de comportamientos no verbales y en la interacción social temprana, como la respuesta al nombre y el contacto visual. La evaluación dura entre 20 y 30 minutos.

- **Módulo 1**: Aplicable especialmente en niños, adolescentes y adultos (de 31 en adelante) con lenguaje preverbal o palabras sueltas. En él, se emplean juguetes y otros materiales diseñados para captar más fácilmente la atención de niños con un desarrollo equivalente a menos de 3 años. Al mismo tiempo, también es apto para adolescentes y adultos cuyo nivel de lenguaje sea similar (preverbal o limitado a palabras sueltas). Sin embargo, es fundamental adaptar las actividades y materiales a la edad del individuo y proceder con especial cautela al interpretar los resultados obtenidos. La aplicación del módulo 1 requiere entre 30 y 45 minutos.

- **Módulo 2**: Para personas de cualquier edad, incluidos niños pequeños, que utilicen un lenguaje basado en frases, pero que aún no hayan desarrollado fluidez verbal, así como niños menores de 3 años que ya posean fluidez verbal. Entendemos por fluidez verbal el uso de frases no ecolálicas (es decir, no son repeticiones de lo que otra persona dice) que al menos cuentan con tres palabras, que pueden incluir o no un verbo. Por ejemplo: “quiero el peluche” o “quiero jugar más”. Su aplicación tiene una duración similar a la del módulo 1.

- **Módulo 3**: Pensado para niños y adolescentes menores de 16 años que tienen un lenguaje fluido. Además, es importante tener en cuenta que algunos niños de 3 años pueden tener un nivel de lenguaje adecuado para el módulo 3, aunque ciertas preguntas o actividades deben ajustarse en función de su edad. Sin embargo, el módulo 3 no debe aplicarse a niños de 2 años, incluso si poseen un lenguaje avanzado, ya que para estos casos es más adecuado utilizar el módulo 2. El módulo 3 requiere un mayor tiempo de aplicación, oscilando entre los 45 y 60 minutos de duración.

- **Módulo 4**: Se aplica a adolescentes a partir de 16 años y adultos que tienen un lenguaje fluido, evaluando la interacción social, la conversación y otros aspectos complejos del comportamiento y la comunicación. El módulo 4 está diseñado para adolescentes desde los 16 años y adultos con cierta independencia en decisiones cotidianas. En este sentido, la elección entre los módulos 3 y 4 dependerá del nivel de independencia y las necesidades de la persona. Particularmente, este módulo suele ser el más largo, pero también el que tiene una duración más variable, ya que comprende diferentes actividades que van desde la interpretación de una historia hasta la conversación con la persona sobre su vida cotidiana. En general, requiere alrededor de una hora de aplicación.

En definitiva, la elección del módulo que se va a aplicar durante la evaluación, no solo debe tener en cuenta la edad de la persona, sino también su nivel de independencia y de lenguaje verbal. **Las actividades descritas en cada módulo deben adaptarse a cada persona, siendo flexibles en su aplicación e individualizando la evaluación** lo máximo posible. Asimismo, también es importante señalar que el tiempo de aplicación de cada módulo es estimativo, ya que puede requerir más o menos tiempo en función del evaluador, la persona evaluada, el entorno y la dinámica de la observación.

Un ejemplo de adaptación del módulo 3 para un adolescente podría ser en una tarea donde se le pide identificar emociones en imágenes. Para un niño pequeño, las imágenes suelen ser dibujos simples que representan emociones básicas, como felicidad o tristeza. Para un adolescente, las imágenes podrían reemplazarse por fotografías de personas reales en contextos más complejos, como alguien sonriendo con lágrimas en los ojos (para explorar emociones mixtas como alivio o nostalgia). Además, se podría incluir una breve discusión posterior, pidiéndole que relacione las emociones con situaciones de su vida cotidiana para hacerlo más relevante a su edad y extraer más información sobre el conocimiento emocional de la persona.

2.2.2. ADI-R

La ADI-R es una herramienta semiestructurada ampliamente utilizada para diagnosticar TEA. Particularmente, fue diseñada para recoger información detallada sobre el desarrollo, las conductas sociales y comunicativas, y los comportamientos repetitivos o restringidos en personas de diversas edades y niveles de desarrollo.

Se trata de una entrevista que se realiza con los cuidadores principales (padres o tutores) de la persona evaluada. En cuanto a la duración, puede variar, pero suele oscilar entre 1.5 y 3 horas dependiendo de la cantidad de información a recopilar. La edad mínima para su aplicación es desde los dos años de edad mental, que se puede calcular o bien a través de escalas cognitivas o pruebas de inteligencia (WISC, WAIS), o a través de escalas de desarrollo, como la Bayley-III. Sin embargo, se recomienda que se aplique a padres o cuidadores de personas que cuenten con un lenguaje verbal mínimo.

Puntualmente, el ADI-R evalúa diferentes dimensiones relacionadas con la sintomatología y dificultades típicas del TEA:

- **Interacción social recíproca**: Evalúa aspectos como la reciprocidad emocional, la capacidad de iniciar o responder a interacciones sociales y la calidad de estas interacciones.

- **Comunicación**: Incluye tanto la comunicación verbal como no verbal, considerando si el lenguaje está ausente, limitado o adecuadamente funcional.

- **Conductas repetitivas y restringidas**: Analiza intereses específicos, rutinas rígidas, movimientos repetitivos, y respuestas sensoriales atípicas.

- **Desarrollo temprano**: Evalúa los hitos del desarrollo y signos tempranos de dificultades.

La información recogida en la entrevista se organiza en un algoritmo que facilita clasificar si la persona cumple criterios diagnósticos para TEA según los estándares del DSM-V o la Clasificación Internacional de enfermedades, 11.ª edición (CIE-11). Cada ítem del ADI-R se evalúa del 0 al 3, siendo 0 ausencias de anomalías y 3 presencias de anomalías severas.

El ADI-R **proporciona un enfoque estructurado para recopilar información relevante al diagnóstico, permitiendo a la vez la flexibilidad para explorar aspectos** que se vayan considerando relevantes. Además, el hecho de que sean los padres y cuidadores los que proporcionan información, hace que se puedan obtener datos en retrospectiva sobre la persona, y no solo las conductas observadas durante la evaluación. Lo anterior, permite conocer los casos en los que los síntomas han cambiado, desaparecido, o surgido nuevos a lo largo del desarrollo de la persona. Otra de las ventajas de esta herramienta, es que puede utilizarse junto con el ADOS-2, dando lugar a una evaluación más completa e integral del TEA.

Sin embargo, el **ADI-R cuenta con diferentes limitaciones**. Por una parte, se trata de una evaluación muy larga, que puede durar hasta tres horas, lo que afecta tanto a los cuidadores como al evaluador. Al mismo tiempo, requiere un conocimiento muy detallado por parte de los cuidadores o padres, siendo difícil precisar algunos aspectos importantes para la evaluación. Por último, el ADI-R es muy difícil de aplicar en adultos cuyos padres no están presentes en la evaluación, por lo que se considera que es una herramienta más adecuada para niños y adolescentes.

A continuación, se presenta un ejemplo de aplicación semiestructurada del ADI-R:

Supongamos que una madre reporta que su hijo, desde pequeño, muestra desinterés por jugar con otros niños y tiene un lenguaje limitado. En el ADI-R se explorarán en detalle aspectos como la socialización (si el niño busca consuelo en su madre cuando está angustiado, si imita espontáneamente a otros, o si establece contacto visual durante las interacciones) y la comunicación (si señala objetos para compartir interés o solo para satisfacer necesidades, y si comprende gestos simples como asentir o negar con la cabeza), por lo que a medida que los padres van ofreciendo información, podemos profundizar en información relevante para el diagnóstico.

Es importante destacar que el ADOS-2 y el ADI-R son dos herramientas de evaluación complementarias, ya que el diagnóstico adecuado se beneficia de la aplicación conjunta de ambas. Por un lado, el ADOS-2 evalúa los comportamientos actuales de la persona en un entorno que estimula estas conductas, pero no evalúa de forma exhaustiva el desarrollo y el pasado de la persona, lo que podría complementarse con la aplicación del ADI-R.

En síntesis, el ADI-R es una herramienta exhaustiva y valiosa para diagnosticar TEA, especialmente útil para recopilar información retrospectiva y evaluar el impacto de los síntomas a lo largo del desarrollo. Si bien requiere tiempo y entrenamiento especializado, su capacidad para aportar un diagnóstico estructurado y detallado lo convierte en un estándar de referencia en la evaluación de TEA junto con el ADOS-2.

2.3. Diferencias de la evaluación y diagnóstico en infancia, adolescencia y edad adulta

Ya hemos mencionado brevemente que el diagnóstico y la evaluación del trastorno del espectro autista TEA varían significativamente entre niños, adolescentes y adultos. Esto, debido a las diferencias en el desarrollo, la presentación de los síntomas y las necesidades de intervención en cada etapa de la vida. A continuación, profundizaremos un poco más en las características del diagnóstico y evaluación en cada una de estas etapas del ciclo vital.

2.3.1. Características del diagnóstico en niños

Los síntomas del TEA suelen ser más evidentes en la infancia temprana, especialmente en las áreas de comunicación y habilidades sociales. Los niños pueden presentar dificultades en la interacción social, patrones repetitivos de comportamiento, intereses restringidos y problemas de lenguaje.

Durante la infancia, las características de TEA son más evidentes que en la edad adulta o adolescente por varias razones. En primer lugar, porque estas características se manifiestan como retrasos o desviaciones en el desarrollo esperadas para la edad. Por ejemplo, dificultades en el lenguaje, interacción social limitada o comportamientos repetitivos destacan más en comparación con otros niños. Además, en los niños, las etapas del desarrollo están bien estudiadas, lo que facilita comparar su progreso con hitos típicos del desarrollo.

Otro de los factores que influyen en la evaluación y el diagnóstico es la información que aportan los cuidadores principales, que enriquece la evaluación al poder detallar el comportamiento del niño en diferentes contextos. Asimismo, **los niños suelen ser más espontáneos, y sus dificultades sociales o comunicativas se expresan de forma más natural**, sin estrategias conscientes para ocultarlas, lo que permite una observación más detallada de sus conductas.

Por último, **cabe destacar que no estamos afirmando que el diagnóstico de niños con TEA sea sencillo**. El mismo presenta varias limitaciones, como, por ejemplo, los obstáculos en el desarrollo del lenguaje, la posible desinformación de la familia o cuidadores, y los cambios naturales en el desarrollo.

2.3.2. Características del diagnóstico en adolescentes

A medida que los niños crecen, **los síntomas se vuelven menos evidentes, ya que muchos adolescentes pueden haber desarrollado estrategias de afrontamiento** para manejar algunas dificultades. Además, en muchos casos, el avance del desarrollo cognitivo y del lenguaje compensa la presencia de ciertas características del TEA, volviéndose más indefinidos y, por tanto, más difíciles de observar. Sin embargo, siguen siendo algo evidentes en áreas como las interacciones sociales y los intereses restringidos, aunque en formas más sutiles que en la infancia.

En los adolescentes, **la evaluación del TEA tiende a enfocarse más en la funcionalidad social**. Siguiendo esta línea, la aplicación del ADOS-2 es particularmente útil en dicha etapa, debido a que evalúa las habilidades sociales actuales, el lenguaje y las interacciones, todos aspectos cruciales en la adolescencia.

A menudo, los intereses restringidos pueden intensificarse, convirtiéndose en un área importante de evaluación. También, la habilidad para hacer amigos o adaptarse a las expectativas sociales es más crítica durante esta etapa. **Por tanto, durante la adolescencia la interacción social y los intereses restringidos son las áreas más críticas de evaluación**. No obstante, es fundamental efectuar una evaluación integral teniendo en cuenta su desarrollo del lenguaje y la posible presencia de conductas repetitivas. De esta manera, conocer las características de las etapas de desarrollo de la adolescencia será clave para poder comparar a la persona evaluada con la etapa que le corresponde por edad y nivel de desarrollo.

2.3.3. Características del diagnóstico en adultos

En los adultos, los síntomas pueden ser aún menos evidentes, ya que algunas personas con TEA, han desarrollado estrategias de compensación o adaptaciones durante más tiempo aún que en la etapa anterior. Inclusive, determinados síntomas pueden llegar a haberse reinterpretado como rasgos de personalidad. Consecuentemente, el diagnóstico en adultos se basa no solo en la observación actual (como en el ADOS-2) sino también en una evaluación retrospectiva a través de entrevistas con la persona y, cuando es posible, con familiares.

Dado que en la edad adulta no existen hitos del desarrollo ni etapas marcadas como en niños y adolescentes, la evaluación de TEA se centra en la funcionalidad de la persona. **El enfoque está en cómo los síntomas afectan la vida diaria, las relaciones sociales, el trabajo y la adaptación a las exigencias de la vida adulta**. Así, se evalúan dificultades en el empleo, la convivencia, las habilidades sociales y la capacidad de manejar el estrés.

Con lo anterior, no queremos decir que no importen o no se tengan en cuenta otras áreas como la presencia de conductas repetitivas e intereses restringidos. Sin embargo, como evaluador, **es vital tener en cuenta que es habitual que los adultos hayan podido aprender a enmascarar o compensar sus síntomas de TEA**, ajustándose a las normas sociales para evitar discriminación o sentirse diferentes, y esto dificulta la identificación de estos síntomas.

Por otro lado, la comorbilidad es un aspecto central en el diagnóstico en adultos. En dicha etapa, es común que las personas con TEA también tengan otros trastornos comórbidos, como ansiedad, depresión, o trastornos de la atención como el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). En este sentido, el diagnóstico debe considerar cómo impactan en su vida diaria.

Al mismo tiempo, **existen algunos trastornos que suelen presentar síntomas que se solapan con las características nucleares del TEA, conduciendo muchas veces a diagnósticos erróneos o incompletos**. Dentro de ellas podríamos mencionar las dificultades para regular emociones, los problemas de concentración o el aislamiento social. Ejemplos de estos cuadros podrían ser el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) o la ansiedad social, los cuales “enmascaran” o imitan aspectos del TEA, obstaculizando su diferenciación. Por ello, es esencial un análisis detallado de los síntomas para determinar si estos son manifestaciones del TEA, de una condición comórbida o de otro tipo de trastorno.

En conclusión, la evaluación del TEA es un proceso complejo que requiere del conocimiento específico no solo de la presentación del TEA en diferentes etapas de la vida, sino también de un conocimiento de los hitos del desarrollo y la funcionalidad esperada de la persona en cada uno de estos momentos.

2.4. Diagnóstico diferencial

Por lo dicho en el anterior apartado, sabemos que el TEA en adultos a menudo se presenta junto con otras condiciones médicas o psicológicas, complicando y retrasando el diagnóstico. Dentro de las comorbilidades más comunes se incluyen trastornos de ansiedad, depresión, TDAH, trastornos del sueño, trastornos alimentarios y trastornos psicóticos, entre otros (Olson et al., 2024). Dichas manifestaciones clínicas pueden solaparse con síntomas del TEA, **por lo que es vital realizar un diagnóstico diferencial**.

Condición diferencial	Similitudes con el TEA	Cómo diferenciarlas
Trastornos de ansiedad	Dificultad en situaciones sociales, evitación de cambios en la rutina.	En la ansiedad social, la preocupación principal es la evaluación negativa de los demás. En el TEA, la ansiedad está ligada a la ruptura de rutinas o estímulos sensoriales.
Depresión	Aislamiento social, desinterés en realizar actividades con los demás.	La depresión incluye sentimientos de culpa o inutilidad y cambios en el estado de ánimo, menos comunes en el TEA. En el TEA, las dificultades sociales que dan lugar al posible aislamiento son constantes desde la infancia y no dependen del estado de ánimo.
TDAH	Dificultad para mantener la atención, impulsividad, movimientos repentinos.	En el TDAH, la falta de atención es generalizada. En el TEA, se observa atención selectiva (hiperatención) hacia temas específicos relacionados con los intereses de la persona.
Trastornos psicóticos	Conductas excéntricas, dificultades de comunicación.	En los trastornos psicóticos hay presencia de delirios o alucinaciones. El TEA no implica pérdida de contacto con la realidad.

Trastornos de la personalidad	Dificultades en las relaciones interpersonales y la rigidez de pensamiento propias de trastornos como el TPE (trastorno de personalidad evitativo) o el TLP (trastorno límite de la personalidad).	En los trastornos de personalidad se observan patrones más dependientes de las relaciones. En el TEA, los problemas interpersonales están más relacionados con déficits de teoría de la mente y comunicación social.

Si otra condición explica mejor los comportamientos observados, entonces no se justifica un diagnóstico de TEA. Sin embargo, es posible que una persona manifieste rasgos propios de TEA sin cumplir con los criterios diagnósticos de este trastorno y, además, presente otras condiciones diagnosticables (Shulman et al., 2020). Caracterizar y distinguir los perfiles sintomáticos según los criterios diagnósticos es un proceso difícil. Empero, es crucial.

De esta manera, **el primer paso para comprender el posible solapamiento entre síntomas es obtener una historia del desarrollo exhaustiva**, que permita examinar la consistencia de los síntomas a lo largo del tiempo y su presencia en diferentes contextos. Si el TEA es el diagnóstico principal, los desafíos centrales en la comunicación e interacción social deberían enmarcar las interacciones de la persona en diversas situaciones y momentos, y la presencia de comportamientos restringidos, repetitivos o inusuales respaldaría el TEA como diagnóstico primario.

Un diagnóstico diferencial efectivo requiere una **historia del desarrollo detallada, herramientas estandarizadas (como el ADOS-2) y una evaluación interdisciplinaria para analizar los síntomas en distintos contextos y a lo largo del tiempo**. Es clave diferenciar las características centrales del TEA, como las dificultades en la comunicación social y los comportamientos repetitivos, de síntomas que puedan explicarse mejor por otras condiciones, asegurando una comprensión integral del perfil clínico.

A continuación se presenta un ejemplo de diagnóstico diferencial de TEA con TDAH:

Luis, un hombre de 32 años, consulta porque tiene problemas de atención y organización en el trabajo. Dice que a menudo se distrae con pensamientos internos y le cuesta seguir instrucciones largas o cambiar de tarea. Sin embargo, también comenta que, cuando un tema le interesa, puede pasar horas concentrado sin darse cuenta del tiempo. En reuniones sociales, evita participar activamente porque teme malinterpretar o interrumpir a los demás. Luis también describe sentirse frustrado cuando hay un cambio inesperado en el horario laboral. Desde pequeño, ha tenido problemas para encajar en grupos sociales y prefería actividades que podía hacer solo.

Evaluación retrospectiva y de conductas actuales:

- **Historia del desarrollo**: Durante su infancia, Luis presentaba obstáculos tanto en el ámbito social como en el escolar. Sus profesores mencionaban que parecía distraído en clase y a menudo olvidaba instrucciones, pero que podía realizar tareas de manera impecable si se relacionaban con sus intereses. Sus padres notaban que evitaba juegos con otros niños y prefería actividades predecibles.

- **Evaluación clínica de la conducta actual**: En escalas para TDAH, Luis obtuvo puntuaciones elevadas en inatención, pero bajas en impulsividad e hiperactividad. En el AQ y el ADOS-2, destacó por sus dificultades en la reciprocidad social, el estilo comunicativo literal y la preferencia por rutinas. Su distracción parecía más relacionada con una desconexión ante temas poco relevantes para él, mientras que en situaciones motivantes demostraba un nivel de atención casi obsesivo.

- **Análisis de síntomas solapados**: Los problemas de atención y organización podrían indicar TDAH, pero en Luis están profundamente influenciados por su interés en tareas específicas y no son generalizados. Las dificultades sociales, su interpretación literal del lenguaje y la incomodidad ante cambios inesperados son características nucleares del TEA, presentes desde la infancia y constantes en distintos contextos.

Aunque Luis presenta algunos síntomas compatibles con TDAH, como problemas de atención y desorganización, estos son secundarios y explicados mejor dentro de un perfil de TEA. Su diagnóstico principal es TEA, respaldado por sus complicaciones persistentes en la interacción social, su rigidez cognitiva y su atención hiperfocalizada en áreas de interés. **Para llevar a cabo el diagnóstico, ha sido fundamental el conocimiento de la historia de la persona, que nos ha dado información valiosa sobre desde cuándo y en qué contextos se daban las dificultades**. La evaluación de la conducta actual nos ha permitido conocer y observar de primera mano cuándo y cómo se presentaban los síntomas. Además, al estudiar los síntomas que se solapan, hemos podido observar cómo se explican mejor por los síntomas nucleares del TEA (dificultades en la interacción social e intereses restringidos) que por los síntomas nucleares del TDAH (inatención y/o hiperactividad).

MÓDULO III

Diagnóstico de TEA en adultos

La conceptualización del autismo como un espectro incluye considerar los cambios en el mismo a lo largo de la vida. Se sabe que un diagnóstico temprano es de vital importancia para una intervención más eficaz. Sin embargo, una gran cantidad de personas llegan a la edad adulta sin un diagnóstico de TEA. Por tanto, en este módulo nos centraremos en el **diagnóstico de personas que han llegado hasta su vida adulta sin un diagnóstico de TEA**.

Cualquier evaluación diagnóstica debe buscar examinar, comprender y facilitar una participación significativa adecuada a la edad, nivel de desarrollo y contexto de apoyo de la persona (Shulman et al., 2020). Por ello, la evaluación debe ir desde la historia del paciente, que abarque a partir de su nacimiento e incluya la fecha actual, hasta una evaluación de su capacidad cognitiva y una herramienta diagnóstica de TEA, como el módulo 4 del ADOS-2.

3.1. Desafíos del diagnóstico en adultos con TEA

Muchas personas llegan a la edad adulta sin un diagnóstico de TEA debido a que sus síntomas no son evidentes o han aprendido a compensarlos con diferentes estrategias. En otros casos, el diagnóstico se ve retrasado porque la persona presenta una condición comórbida, como ansiedad, depresión o TDAH, que enmascara las características nucleares del TEA. Esto hace que el reconocimiento del trastorno sea especialmente desafiante en adultos, requiriendo un enfoque integral y herramientas específicas para diferenciarlo de otras condiciones clínicas.

3.1.1. Entrevista inicial

En un primer momento de la evaluación, es necesario realizar una pequeña entrevista inicial. Esto incluye preguntar a la persona si sabe el motivo de la evaluación, por qué ha decidido realizarla y si viene recomendado por un especialista (médico, psicólogo, neuropsicólogo). En este momento es cuando realizaríamos la historia clínica de la persona. En niños, es habitual que los padres o cuidadores sean quienes realicen esta historia junto con el evaluador. Sin embargo, en muchas ocasiones los adultos que acuden a evaluación lo hacen sin la presencia de sus cuidadores, por lo que es muy posible que falte información sobre ciertas áreas.

En primer lugar, muchas personas no recuerdan con precisión detalles relevantes de su desarrollo temprano. Además, los padres u otros familiares que podrían aportar información clave no siempre están disponibles, o sus observaciones pueden ser vagas o inconsistentes. Así, los mencionados factores complican la construcción de una historia clínica completa y fiable.

Por ello, existen varias recomendaciones para la elaboración de la historia clínica en adultos. En primer lugar, es importante recopilar registros previos si están disponibles. Revisar informes escolares, médicos o psicológicos que puedan ofrecer información sobre el desarrollo y las dificultades sociales o comunicativas en etapas tempranas.
Además, es fundamental la contextualización cultural y de género de la persona. Para ello, se deberá considerar cómo el entorno cultural, social y el género de la persona influyen en la presentación de los síntomas y en la interpretación de los mismos a lo largo de la vida.

3.1.2. Observación de las conductas actuales

La evaluación del comportamiento actual se realiza a través de la aplicación del Módulo 4 del ADOS-2. Aunque esta herramienta está diseñada para estimular la aparición de conductas que nos permitan observar la presencia o ausencia de las características nucleares del TEA, es muy importante observar más allá de la conducta superficial, ya que en la mayoría de los casos los síntomas de estas personas han pasado desapercibidos durante años:

- **Lenguaje no verbal**: En muchas ocasiones los adultos que acuden a evaluación tienen un lenguaje verbal desarrollado, pero podemos observar ausencia de gestos descriptivos o enfáticos durante el discurso.

- **El contenido de la conversación**: Resulta importante observar si la persona pregunta al evaluador o si ofrece información. Es común que los adultos con TEA ofrezcan información al evaluador, pero debemos observar si el contenido de esa información gira en torno a un tema, lo que podría indicar un posible interés restringido.

- **La flexibilidad de la persona**: Ver cómo la persona reacciona a las interrupciones, los cambios de tema o de actividades nos dan información sobre la rigidez de la persona. Por ejemplo, si hay un cambio de temática y la persona vuelve a ofrecer información sobre sus intereses o sobre cuestiones pasadas de la conversación, nos indica cierta ausencia de flexibilidad.

En definitiva, **es necesario ir más allá de lo evidente y conocer en profundidad el TEA para poder ser capaces de captar la conducta más sutil y enmascarada**. El módulo 4 del ADOS-2 contiene instrucciones muy precisas para la evaluación de esta conducta sutil y su posterior codificación para la puntuación de la prueba. Además, se debe acompañar de una escala cognitiva para conocer las habilidades intelectuales de la persona y adaptar las actividades del módulo si fuese necesario.

3.1.3. Informe y retroalimentación

Para muchas personas, **obtener un diagnóstico de TEA en la edad adulta puede generar dudas**. A menudo, surge la pregunta de "¿para qué me sirve esto ahora, si ya he llegado hasta aquí?", "¿para qué, si ya soy mayor?".

A la hora de dar la retroalimentación, **debemos aclarar que el diagnóstico no cambia quién es la persona**, pero puede abrir la puerta a la comprensión de su personalidad, comportamientos y experiencias que antes no tenían una explicación clara. Dicho proceso también puede aportar claridad a eventos pasados, como dificultades en la escuela, problemas en relaciones o elecciones laborales, que ahora adquieren un nuevo significado. En este sentido, debemos proporcionar el apoyo y sostén emocional necesario durante la retroalimentación, así como una transparencia y sinceridad sobre el significado del diagnóstico y las recomendaciones posteriores.

Además, es fundamental aclarar que el diagnóstico permite identificar qué apoyos y estrategias pueden mejorar la calidad de vida de la persona. Entre los beneficios prácticos de recibir un diagnóstico en la adultez se encuentra la posibilidad de mejorar la salud mental.

Así, **muchas personas experimentan una disminución en la ansiedad y la autocrítica al comprender mejor por qué ciertas situaciones les resultan más desafiantes**. También abre puertas a recursos y apoyos específicos, como terapia o ajustes laborales, y ayuda a construir una identidad más auténtica, alineada con las necesidades propias.

Finalmente, es nuestra tarea informar a la persona de que recibir un diagnóstico en la edad adulta es el inicio de un proceso de autodescubrimiento, pero que requiere tiempo para la gestión de la nueva información y de las expectativas. Por ello, si la persona lo necesita, nos corresponde ponerla en contacto con recursos de apoyo para el afrontamiento de esta situación.

3.2. Comorbilidades

El TEA es una condición que se asocia a numerosas comorbilidades que afectan el bienestar de quienes lo presentan, lo que impactará significativamente en su salud mental. De hecho, se sabe que hasta un 70 %-75 % de los niños y adultos con autismo, probablemente, tengan al menos una condición de salud mental (Perkins y Berkman, 2012). Es importante tener en cuenta que **las comorbilidades y las condiciones de salud mental presentes en adultos con TEA no deben tratarse como una condición aislada, sino que hay que tener en cuenta el contexto en el que se dan**. Es decir, conocer cómo el TEA y estas condiciones interactúan entre sí. Esta interacción influye significativamente en la presentación y manejo del TEA, lo que requiere un enfoque integral para un tratamiento adecuado.

A medida que los individuos con TEA pasan de la niñez a la adultez, sus síntomas pueden cambiar, pero en muchos casos, persisten de diferentes formas. Si bien algunos adultos desarrollan estrategias de afrontamiento que les permiten gestionar su condición de manera más efectiva, otros experimentan dificultades significativas para adaptarse a los cambios y presiones de la vida adulta, como la vida laboral, las relaciones interpersonales y la independencia.

Uno de los factores más asociados a la presencia de problemas de salud mental en personas con TEA, son los impedimentos para la regulación emocional. Esta hace referencia a la capacidad de gestionar las emociones que sentimos y expresamos para actuar de acuerdo con lo que queremos lograr o lo que consideramos importante (White et al., 2014). Consecuentemente, una capacidad limitada para afrontar y controlar las emociones intensas, especialmente las negativas, está asociada a una variedad de trastornos psiquiátricos y síntomas (Aldao et al., 2010).

Asimismo, los trastornos de ansiedad son las condiciones más prevalentes en adultos con TEA (White et al., 2014). Una persona con TEA podría experimentar ansiedad debido a su dificultad para adaptarse a cambios en su rutina diaria. De esta manera, **si bien la ansiedad podría parecer una condición separada, se encuentra directamente relacionada con los síntomas del TEA**, como la necesidad de previsibilidad y de seguir una rutina.

Por ejemplo, si un adulto con TEA debe asistir a una reunión social inesperada, puede sentirse abrumado por la incertidumbre del evento, lo que genera una respuesta ansiosa. Dicha ansiedad no solo es un trastorno independiente, sino que **es una manifestación de las dificultades del TEA para gestionar situaciones sociales y cambios**, por lo que es importante abordarla dentro del contexto más amplio del TEA y no como una condición aislada.

Por otro lado, también **es muy frecuente que los adultos con TEA experimenten síntomas relacionados con la depresión**, como sentimientos de desesperanza, tristeza y una incapacidad para encontrar satisfacción en las actividades diarias. La sensación de no ser comprendidos, el aislamiento social, los impedimentos en regulación emocional y las dificultades para mantener relaciones pueden ser factores que contribuyan al desarrollo de la depresión. Por ejemplo, en el caso de una persona con TEA que, debido a sus dificultades para establecer relaciones o entender las interacciones sociales, se siente constantemente excluida o incomprendida. Esta situación puede generar una sensación de vacío y desesperanza, síntomas comunes de la depresión. En este caso, la depresión está muy vinculada a las complicaciones propias del TEA, como la sobrecarga emocional y la falta de conexión con los demás.

La tristeza y la desmotivación que experimenta esta persona no surgen por sí solas, sino como resultado de las barreras sociales y emocionales que enfrenta a diario. Por tanto, la depresión tampoco no debe tratarse como una condición aislada, sino como parte del espectro de desafíos que conlleva el TEA.

En definitiva, la salud mental en las personas con TEA es un aspecto crucial que debe ser abordado de manera integral, teniendo en cuenta tanto los síntomas nucleares de TEA como los de la condición de salud mental asociada. Las personas con TEA a menudo enfrentan un mayor riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad, depresión y otros problemas emocionales, en parte debido a las dificultades en la regulación emocional, el aislamiento social y las sobrecargas sensoriales. Sin embargo, también cuentan con fortalezas que pueden ser esenciales para su bienestar, como su capacidad para enfocarse intensamente en tareas, su atención al detalle o su perseverancia. Es fundamental reconocer que las experiencias de salud mental varían significativamente entre los individuos con TEA, y que estas características no se presentan en todos por igual ni con la misma intensidad, pero si hay que reconocer la mayor presencia de dificultades en salud mental en personas con TEA frente a personas neurodivergentes o con otras condiciones del neurodesarrollo. Por lo tanto, el tratamiento y el apoyo deben ser personalizados, respetando las diferencias individuales y promoviendo el bienestar emocional de cada persona.

Una de las razones más comunes por las cuales las personas con TEA llegan a la edad adulta sin diagnóstico, es por la presencia de un diagnóstico que está enmascarando el TEA (Shulman et al., 2020). El TEA tiene una alta comorbilidad con otros trastornos del neurodesarrollo como el TDAH o la discapacidad intelectual (Olson et al., 2024). Además, muchas veces se presenta junto con diferentes condiciones como la ansiedad, la depresión, los trastornos de personalidad, la bipolaridad o los trastornos del sueño (McCarthy et al., 2010). Por ello, es vital un diagnóstico diferencial, pero también tener en cuenta que no son trastornos excluyentes, sino que de forma frecuente se presentan en conjunto.

La existencia de comorbilidad agrava los síntomas y el malestar de las personas con TEA (Barlattani et al., 2023). Debido a esta razón, es vital conocer su existencia para ofrecer el apoyo y los recursos necesarios.

Antes que nada, es importante entender cómo las comorbilidades interactúan con el TEA. En algunos casos, un trastorno comórbido intensifica sus síntomas. Por ejemplo, un adulto con TEA y ansiedad social puede experimentar un mayor aislamiento, lo que agrava las dificultades de comunicación y relaciones interpersonales. En otros casos, tratar terapéuticamente una comorbilidad como la depresión podría mejorar algunos síntomas del TEA, ya que el bienestar emocional facilita la adaptación social y la reducción de conductas repetitivas.

Durante la evaluación, debemos ser conscientes de estas interacciones entre diferentes condiciones y el TEA, teniendo en cuenta los síntomas nucleares de cada una de ellas y sus criterios diagnósticos. La historia clínica detallada y el uso de herramientas diagnósticas específicas son fundamentales para poder diferenciar las características del TEA de las comorbilidades.

A continuación, vamos a ver un ejemplo de un proceso de evaluación y diagnóstico a una persona con TEA con comorbilidad con depresión:

Historia Clínica: María, una mujer de 28 años, consulta por dificultades sociales y emocionales que ha experimentado desde su infancia. Ha tenido problemas para establecer y mantener relaciones interpersonales y, a lo largo de los años, ha notado un creciente sentimiento de aislamiento y tristeza. A lo largo de su vida, ha presentado un interés restringido en temas específicos, como la historia medieval, y una gran necesidad de rutina que le ayuda a sentirse más segura. Sin embargo, desde hace aproximadamente un año, ha experimentado síntomas depresivos significativos, como tristeza persistente, pérdida de interés en actividades que solían gustarle, fatiga y dificultades para concentrarse.

Historia del Desarrollo: Desde la infancia, María mostró dificultades para socializar con sus compañeros. Evitaba las interacciones espontáneas y prefería jugar sola. A pesar de ser académicamente brillante, tenía dificultades para entender las normas sociales, lo que la hacía sentir fuera de lugar. Durante la adolescencia, estos problemas se intensificaron, con un aislamiento progresivo y un malestar creciente en situaciones sociales. Además, comenzó a desarrollar síntomas de ansiedad y tristeza.

Evaluación Actual: En la evaluación clínica, María muestra características típicas del TEA, incluyendo dificultades en la reciprocidad social, comunicación no verbal inadecuada y un patrón de intereses restringidos y actividades repetitivas. Los resultados del ADOS-2 reflejan dificultades significativas en la interacción social y la comunicación, que son persistentes desde la infancia.

Por otro lado, durante la evaluación de la depresión, María reporta sentirse constantemente cansada, sin motivación y con sentimientos de inutilidad. También menciona que sus patrones de sueño han cambiado y que tiene problemas para concentrarse en las tareas cotidianas. Estos síntomas están presentes desde hace aproximadamente un año y han impactado su funcionamiento diario, interfiriendo con su capacidad para llevar a cabo actividades laborales y sociales.

Diagnóstico: Trastorno del Espectro Autista, en su forma de adulto, con características de dificultad en la interacción social, patrones de comportamiento repetitivos y limitados intereses. Trastorno Depresivo Mayor, episodio actual.

Es importante destacar que la depresión de María parece estar enmascarada por los síntomas del TEA. La incapacidad para conectar con los demás y el aislamiento social podrían haber contribuido significativamente al desarrollo de síntomas depresivos. Además, los cambios en la rutina y la dificultad para lidiar con situaciones inesperadas, características del TEA, pueden haber incrementado el malestar emocional y la vulnerabilidad a la depresión. De esta manera, podemos ver cómo los síntomas y criterios diagnósticos de ambos trastornos están presentes, por lo que podríamos concluir que María tiene tanto TEA como un trastorno depresivo mayor.

MÓDULO IV

Diferencias de género en adultos con TEA

Cuando el autismo fue descrito por primera vez, se conceptualizó como una condición que se daba únicamente en varones (Kanner, 1943; Asperger, 1944). Durante décadas, aunque sí que se admitió que las mujeres también podían presentar dicha condición, se seguía reconociendo como una condición predominantemente masculina. Este sesgo histórico surgió en parte debido a la forma en que se definieron los criterios diagnósticos, basados principalmente en investigaciones realizadas con niños varones, lo que invisibilizó las presentaciones del TEA en mujeres. Además, el hecho de que la mayoría de las investigaciones se hayan realizado con varones, hace que las herramientas diagnósticas también tengan el mismo sesgo de género, siendo menos sensibles a la hora de detectar el TEA en mujeres.

Sin embargo, **en los últimos años, ha habido un cambio significativo en la forma de comprender el TEA en función del género**. La literatura reciente ha revelado que las mujeres con TEA a menudo presentan características diferentes, como mayores habilidades para enmascarar o camuflar los síntomas y patrones de intereses menos estereotípicos, lo que dificulta su identificación (Gesi et al., 2021). Esto ha llevado a un reconocimiento más amplio de que los criterios diagnósticos tradicionales pueden no ser igualmente sensibles para ambos géneros.

En definitiva, la contextualización de género es vital en el campo del diagnóstico y la intervención en TEA. Lo anterior, debido a que las manifestaciones del trastorno difieren significativamente entre hombres y mujeres, lo que puede llevar a un infradiagnóstico o diagnóstico tardío en estas últimas, afectando de forma negativa a la intervención temprana al no detectar el TEA y a su calidad de vida.

4.1. Impacto del género en la presentación clínica

4.1.1. Diferencias en la presentación clínica según el género

Aunque los criterios diagnósticos del TEA son los mismos para hombres y mujeres, los síntomas nucleares, en ocasiones, se presentan de manera diferente:

En cuanto a las habilidades sociales, se ha sugerido que, aunque las mujeres con TEA suelen tener una mayor capacidad para interactuar socialmente, a menudo enfrentan dificultades para comprender las normas sociales y las señales emocionales. Además, pueden ser más hábiles para imitar comportamientos sociales, lo que les permite ocultar sus dificultades (Gould & Ashton-Smith, 2011). Asimismo, se cree que las mujeres son más aptas para la empatía, es decir, para identificar con precisión el estado mental de otra persona y responder con emociones propias apropiadas. Como resultado, sus comportamientos son más "socialmente adecuados", lo que enmascara las posibles alteraciones en su conducta y, en algunos casos, puede retrasar el diagnóstico. Todo ello contribuye a que sus dificultades sociales sean menos evidentes y más fácilmente pasen desapercibidas.

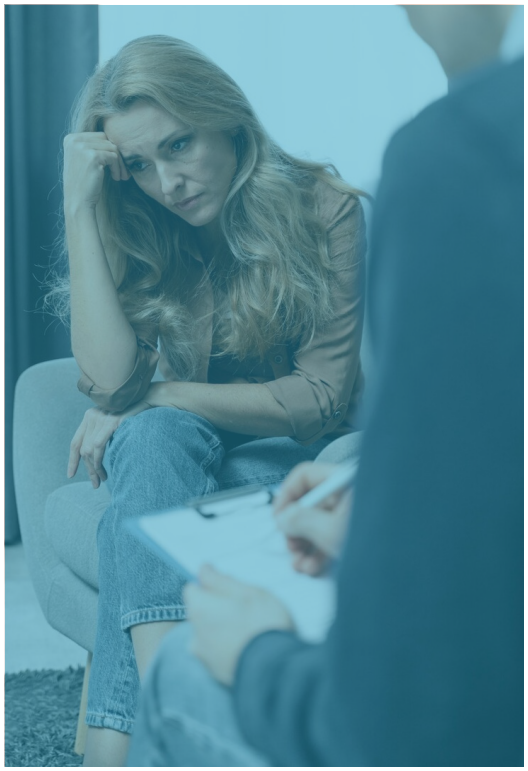
Con lo que respecta a los intereses restringidos y comportamientos repetitivos: **Las mujeres con TEA presentan menos y diferentes comportamientos repetitivos y restrictivos que los niños con esta condición**. Además, las mujeres con TEA suelen mostrar intereses más “socialmente aceptables” o menos estereotipados que los hombres (Kok et al., 2016).

Por otra parte, el camuflaje es una estrategia que algunas personas, especialmente las mujeres, emplean para ocultar o minimizar sus síntomas de TEA, adaptándose a las expectativas sociales. Este fenómeno es más común en mujeres debido a las presiones sociales que valoran la habilidad para conectar socialmente. **Debido a esta presión, las mujeres con TEA pueden esforzarse más en aprender a imitar comportamientos sociales**, lo que dificulta que sus dificultades sean detectadas (Tubío-Fungueiriño et al., 2021). Este enmascaramiento puede contribuir a un diagnóstico tardío o incluso a que el trastorno pase desapercibido.

Este perfil distintivo en mujeres con TEA, **ha llevado a la formación del concepto de "fenotipo femenino del TEA"** (Lai et al. 2015), basado en la tendencia de las mujeres a camuflar sus síntomas. El mismo se caracteriza por una mayor habilidad para imitar comportamientos sociales, un mayor uso de habilidades compensatorias y la presencia de síntomas menos evidentes o atípicos, lo que puede hacer que las mujeres sean diagnosticadas más tarde o que nunca reciban un diagnóstico formal.

4.1.2. Factores biológicos y sociales que modulan el impacto del género

El impacto del género en la presentación clínica del TEA está influenciado por una combinación de factores biológicos y sociales. Estos factores pueden afectar cómo se manifiestan los síntomas del trastorno en hombres y mujeres, llevando a diferencias en la forma en que se perciben y se diagnostican. **Mientras que los factores biológicos se relacionan con diferencias en el desarrollo cognitivo y emocional, los factores sociales están ligados a las expectativas y roles de género**, que también influyen en cómo se reconocen los síntomas del TEA en cada caso.



A nivel biológico, se ha propuesto que las mujeres con TEA están algo protegidas de algunas de las dificultades asociadas con el trastorno, lo que se llama el efecto protector femenino. Lo anterior, **significa que las mujeres necesitan una carga genética mayor que los hombres para mostrar los síntomas del TEA** (Jeste & Geschwind, 2014). Además, como se ha señalado, las mujeres con TEA tienen un fenotipo distinto al de los hombres, lo que hace que el trastorno sea más difícil de detectar (Lai et al. 2015). También, en el caso de las mujeres con una inteligencia promedio o superior, puede ser más complicado identificar el TEA, ya que tienen una mayor facilidad para ocultar sus síntomas (Lai et al., 2011). Por último, se piensa que el autismo es más frecuente en los hombres debido a las diferencias hormonales entre ambos géneros (Auyeung et al., 2009).

Sin embargo, no solo los factores biológicos y genéticos contribuyen a la presentación diferencial del TEA en hombres y mujeres. **Las diferencias de género reportadas en el comportamiento social pueden deberse a los roles tradicionales de género**, ya que, en general, se espera que las mujeres tengan habilidades sociales más desarrolladas que los hombres (Cheslack-Postava & Jordan-Young, 2012). Estas expectativas diferentes, en ocasiones, llevan a los padres y a las personas cercanas a la niña a reconocer y valorar sus síntomas de manera distinta. De esta manera, la mayoría de las veces, cuando las habilidades sociales de las niñas con TEA están afectadas en comparación con las niñas típicamente desarrolladas, todavía son similares o incluso mejores que las de los niños típicamente desarrollados (Kok et al., 2016). Por otro lado, **también ocurre que los comportamientos restrictivos o repetitivos que muestran las niñas con autismo están relacionados con interacciones sociales**. Por ejemplo, se ha descrito que las niñas con autismo son observadoras, atentas del juego de otros niños y que, como se ha mencionado, imitan las acciones de quienes las rodean. Como resultado de esta imitación, muestran comportamientos más "socialmente apropiados" y enmascaran cambios en su conducta.

A pesar de estas diferencias en la presentación de los síntomas de TEA entre hombres y mujeres, la evaluación y el diagnóstico se tratan de forma homogénea, y en muchas ocasiones sin hacer una contextualización de género. Por ello, **como profesionales, debemos tener en cuenta estas diferencias y el sesgo que existe para poder adaptar nuestras herramientas diagnósticas**, mejorar la precisión en la identificación del trastorno y garantizar que tanto hombres como mujeres reciban un diagnóstico adecuado y a tiempo, lo que permitirá un mejor enfoque terapéutico y de intervención.

4.2. La barrera del diagnóstico en mujeres

Sin lugar a dudas, el diagnóstico del TEA en mujeres exige un enfoque especializado que considere las diferencias de género en la presentación clínica. En este sentido, la falta de un enfoque diferenciado en los criterios diagnósticos actuales dificulta en gran medida una identificación precisa en las mujeres, lo que subraya la necesidad de que los profesionales ajusten sus herramientas y enfoques para reflejar mejor las características del trastorno en este grupo. El reconocimiento de que las mujeres pueden presentar una forma distinta de TEA, menos evidente o más camuflada, es esencial para evitar diagnósticos erróneos o tardíos.

Asimismo, **es fundamental que los profesionales reconozcan las implicaciones de género al interpretar los síntomas del TEA en mujeres**. La adaptación de las herramientas de diagnóstico, junto con un mayor conocimiento de las diferencias de género en el comportamiento social y las habilidades comunicativas, contribuirá a mejorar la precisión en el diagnóstico.

En definitiva, la integración de un enfoque de género en el diagnóstico permitirá una mejor comprensión de cómo el TEA se manifiesta en mujeres, facilitando así una intervención más personalizada y efectiva. Por si fuera poco, **no sólo optimizará la detección temprana, sino que también mejorará el apoyo y la calidad de vida de las personas con TEA**, especialmente en mujeres que, de otro modo, podrían pasar desapercibidas en el sistema diagnóstico actual.

4.2.1. Factores que dificultan el diagnóstico en mujeres

Uno de los factores principales que suponen una barrera a la hora de efectuar un diagnóstico temprano y correcto en mujeres es la ya mencionada diferencia de fenotipo entre hombres y mujeres con TEA. Los criterios actuales se basan en estudios hechos mayormente con hombres, y, por lo tanto, se centran en detectar el fenotipo masculino de TEA (Lai et al., 2015), haciendo que las herramientas diagnósticas sean menos sensibles a la identificación del fenotipo femenino.

4.2.1.1. Limitaciones en el diagnóstico en mujeres del ADOS-2

El ADOS-2, ampliamente reconocido como una de las herramientas más utilizadas para la evaluación del TEA, presenta importantes limitaciones cuando se aplica en mujeres, especialmente en mujeres adultas. Este instrumento fue desarrollado principalmente a partir de investigaciones en poblaciones predominantemente masculinas, lo que deja fuera aspectos esenciales del perfil femenino de TEA. Mientras que el ADOS-2 se centra en indicadores clásicos del trastorno, como conductas repetitivas y dificultades evidentes en la interacción social, **las mujeres suelen enmascarar estos rasgos mediante estrategias de camuflaje social que incluyen**:

- La imitación de comportamientos socialmente aceptados
- El aprendizaje de guiones específicos para situaciones sociales
- El uso de un lenguaje verbal elaborado.

De esta manera, son capaces de desviar la atención de los evaluadores y reducir la sensibilidad del instrumento al perfil femenino. Además, **los intereses restringidos, una característica central del TEA, en el caso de las mujeres suelen estar más alineados con expectativas sociales y culturales**, como el interés profundo por temas como la literatura, los animales o las relaciones humanas, lo que dificulta que se reconozcan como parte del espectro.

Particularmente, **en el caso de las mujeres adultas, las limitaciones del ADOS-2 son aún más evidentes**. Con el paso del tiempo, muchas mujeres han perfeccionado sus habilidades de camuflaje, lo que hace que sus dificultades subyacentes sean aún menos visibles en el contexto controlado de una evaluación clínica.

Este esfuerzo constante para “encajar” socialmente a menudo genera un desgaste emocional y psicológico significativo, **incluyendo altos niveles de ansiedad y fatiga, que no se reflejan en las mediciones estándar del ADOS-2**. Además, la herramienta no aborda cómo las mujeres internalizan las dificultades sociales, lo que conduce a la subestimación de sus desafíos.

Adicionalmente, las manifestaciones del TEA en mujeres también pueden estar más orientadas hacia aspectos emocionales. Ejemplos de ellos podrían ser **una sensibilidad exacerbada o dificultades para interpretar señales sutiles en interacciones sociales, aspectos que no siempre son capturados por las escalas del ADOS-2**, diseñadas para detectar conductas más observables y externas.

Como se ha señalado anteriormente, los roles de género son un factor que puede condicionar el diagnóstico. Las mujeres suelen estar sujetas a mayores expectativas en términos de habilidades sociales y empatía, lo que podría llevar a los evaluadores a interpretar sus comportamientos desde un marco de referencia normativo que no considera sus dificultades reales. Por ejemplo, **una mujer con TEA puede ser vista como tímida o introvertida en lugar de reconocerse como alguien que enfrenta barreras significativas para establecer y mantener relaciones sociales**. Incluso cuando las mujeres muestran comportamientos restringidos o repetitivos, estos, con frecuencia, son percibidos como aspectos de su personalidad o intereses aceptables, lo que contribuye a la invisibilidad del TEA en este grupo. Dicho sesgo también se extiende a los entornos educativos y laborales, donde las dificultades de las mujeres con TEA pueden ser minimizadas o malinterpretadas como falta de interés o esfuerzo.

Para abordar estas limitaciones, **es fundamental complementar el ADOS-2 con un enfoque diagnóstico más amplio y específico para mujeres**. Esto incluye la realización de entrevistas clínicas detalladas que exploren la historia de vida y las experiencias subjetivas, así como la integración de herramientas que evalúen dimensiones menos visibles del TEA, como la fatiga social, las dificultades emocionales y las estrategias de camuflaje.

Además, es crucial educar a los profesionales para que comprendan las diferencias de género en el TEA y revisen sus propios sesgos durante el proceso de evaluación. Siguiendo esta misma línea, **la investigación futura también debe centrarse en adaptar las herramientas diagnósticas existentes y desarrollar nuevos instrumentos** que sean más sensibles al perfil femenino, especialmente en mujeres adultas, cuyo diagnóstico tardío puede tener un impacto significativo en su bienestar y acceso a los apoyos necesarios.

4.2.1.2. Limitaciones en el diagnóstico en mujeres del ADI-R

Al igual que el ADOS-2, el ADI-R también fue creado utilizando como modelo las manifestaciones del TEA en hombres. A pesar de que podría parecer que debido a su enfoque retrospectivo esta herramienta no se vería tan limitada como una observación actual, es precisamente este enfoque retrospectivo el que afecta a la sensibilidad de la herramienta para el diagnóstico en mujeres.

En primer lugar, el proceso se basa en la recopilación de información del pasado a través de entrevistas con los cuidadores, lo cual puede resultar problemático si los signos del TEA fueron pasados por alto durante la infancia debido a las habilidades de camuflaje de las mujeres. En ocasiones, los padres o encargados también están influenciados por las expectativas y roles de género, teniendo prejuicios sobre lo que es "esperado" en función del género de la persona. De esta manera, es común que esperen que las niñas sean más sociables, y, por tanto, los cuidadores, minimicen o no reconozcan conductas que se desvían de esos estándares, incluso si son síntomas de TEA. Si una niña con TEA, por ejemplo, tiene dificultades para hacer amigos o mostrar empatía, el cuidador podría interpretar estos problemas como una fase normal del desarrollo o una falta de "esfuerzo social", en lugar de verlos como signos de un trastorno del espectro autista.

Por otro lado, los cuidadores también pueden tener expectativas diferentes para los niños, considerando sus comportamientos más típicos para el diagnóstico de TEA, como son los intereses restringidos o comportamientos repetitivos. En el caso de las mujeres, si sus intereses restringidos son más sociales o menos evidentes, los cuidadores podrían no interpretarlos como síntomas de autismo, lo que nuevamente podría llevar a una evaluación incompleta o errónea en el ADI-R.

4.2.2. Comorbilidades en mujeres

En otro orden de ideas, es un hecho que las mujeres con un diagnóstico de TEA suelen presentar más comorbilidades (como discapacidad intelectual o epilepsia) en comparación con los hombres (American Psychiatric Association, 2013). Las comorbilidades en mujeres con TEA son un aspecto relevante y complejo que afecta tanto al diagnóstico como al manejo del trastorno. **El hecho de que la comorbilidad sea mayor en mujeres, hace que el diagnóstico del TEA sea más difícil**. Dentro de las más comunes se incluyen trastornos del ánimo (como depresión y trastorno bipolar), trastornos de ansiedad (incluyendo ansiedad social y generalizada), TOC, trastornos de la alimentación, y trastornos de la conducta, que además son más comunes en mujeres (Bargiela et al., 2016).

En cuanto a los trastornos de ansiedad, **las mujeres tienden a experimentar una ansiedad social significativa debido a sus dificultades para interpretar señales sociales y normas no verbales**. Lo anterior, muchas veces, las lleva a evitar situaciones sociales, o incluso a sentirse extremadamente incómodas en ellas. Este trastorno de ansiedad social, a menudo confundido con simple timidez, podría solaparse con los síntomas del TEA y retrasar el diagnóstico adecuado.

Con respecto a los trastornos del ánimo, como la depresión, los mismos son bastante usuales en mujeres con TEA, especialmente cuando sus dificultades sociales y de comunicación se combinan con una sensación de aislamiento o incomprensión. A menudo, las mujeres con TEA tienden a internalizar sus emociones, lo que, con el tiempo, podría llevarlas a sufrir de depresión o ansiedad. Lo que, a su vez, empeora debido a la falta de un diagnóstico adecuado.

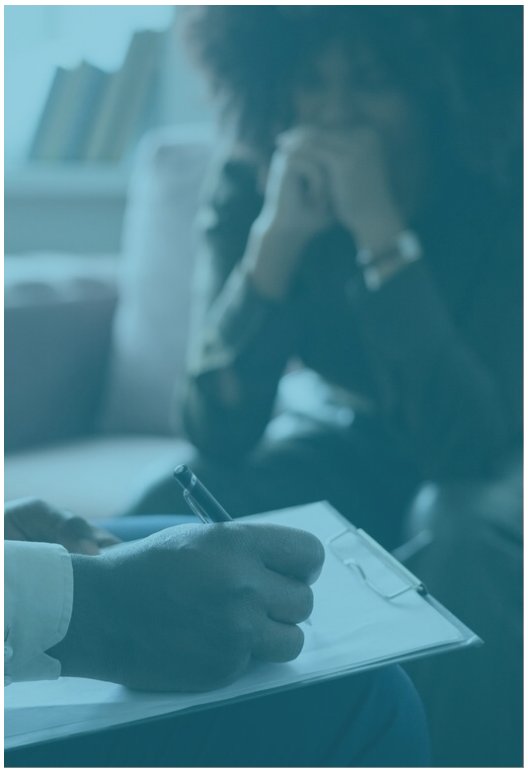
Por otro lado, los trastornos de la conducta, como el TOC y los trastornos de la alimentación, también son más frecuentes en mujeres con TEA. En general, el TOC se manifiesta como una necesidad excesiva de orden, repetición de rituales o conductas repetitivas, lo que se solapa con algunas de las características del TEA. Los trastornos de la alimentación, como la anorexia o la bulimia, también son más prevalentes en mujeres con TEA debido a las dificultades emocionales y sociales que enfrentan. Así, ambas comorbilidades a menudo se interpretan por separado del TEA, lo que dificulta el diagnóstico y el tratamiento adecuados.

El hecho de que las mujeres con TEA tengan una mayor tendencia a camuflar sus síntomas también agrava las comorbilidades, ya que algunas de las estrategias de adaptación aumentan el estrés emocional, contribuyendo al desarrollo de trastornos de ansiedad o depresión. Asimismo, el camuflaje de los síntomas colabora a que las mujeres no reciban el apoyo adecuado, puesto que los profesionales a menudo no identifican el TEA debido a la forma en que se enmascaran los síntomas.

En resumen, las comorbilidades en mujeres con TEA son una preocupación importante, ya que no solo podrían llegar a enmascarar el diagnóstico, sino que también complican el manejo de la condición. Es fundamental que los profesionales de la salud mental y los equipos multidisciplinarios sean conscientes de la alta prevalencia de comorbilidades en las mujeres con TEA para garantizar un diagnóstico adecuado y un enfoque terapéutico integral que aborde tanto el TEA como las condiciones asociadas.

4.3. Estrategias para mejorar el diagnóstico del TEA en mujeres

Por todo lo anteriormente descrito, sabemos que es necesario que los profesionales del diagnóstico del TEA reconozcan y aborden las diferencias de género en la presentación clínica, ya que esto influye directamente en la precisión del diagnóstico, especialmente en mujeres. Como hemos visto, las mujeres con TEA manifiestan síntomas de manera diferente que los hombres, lo que podría llevar a un diagnóstico tardío o erróneo si no se consideran estos aspectos. Al adaptar las estrategias de evaluación, los profesionales pueden mejorar la identificación de casos en mujeres y evitar sesgos que puedan pasar por alto manifestaciones más sutiles o camufladas del trastorno. De esta forma, se garantiza un diagnóstico más preciso, lo que da como resultado intervenciones más efectivas y un mejor apoyo a lo largo de su vida.



En primer lugar, es vital contar con una visión integral del género y el TEA. Ya vimos que las herramientas diagnósticas están diseñadas a partir de observaciones e investigaciones realizadas en varones, por lo que es necesario adaptarlas y modificarlas para que sean lo más sensibles posible a la detección de los síntomas nucleares del TEA en sus formas menos típicas, como es el caso de las mujeres. Por ejemplo, en el módulo 4 del ADOS-2, se evalúan las interacciones sociales a través de una serie de tareas en las que se observa la capacidad de la persona para mantener una conversación, responder a preguntas, y mostrar interés hacia el evaluador. **Para las mujeres adultas, esta evaluación podría ser modificada para centrarse en cómo camuflan su falta de habilidades sociales**. Este sería un ejemplo de adaptación de la observación en diferentes tareas del módulo 4:

- **Conversación**: Durante la tarea en la que se pide mantener una conversación sobre temas de interés personal, en lugar de enfocarse solo en la fluidez verbal o el contenido de la conversación, también se podría incluir una evaluación más profunda de la capacidad de la mujer para reconocer y responder a las señales emocionales del examinador. Esto es relevante, ya que las mujeres con TEA suelen ser mejores en la imitación de comportamientos sociales.

- **Señales no verbales**: Las mujeres con TEA, muchas veces, tienen una mayor habilidad a la hora de imitar expresiones faciales y gestos, pero estas respuestas pueden ser superficiales o poco genuinas. Se podría poner más énfasis en observar las respuestas emocionales no verbales, como la falta de congruencia entre lo que se dice y las señales emocionales que se emiten, como sonrisas o miradas que no coinciden con el tono de la conversación. Esta información ayudaría a identificar posibles discrepancias entre las respuestas sociales apropiadas y las verdaderas emociones internas de la mujer.

- **Interacción social**: En el ADOS-2, se pide a los participantes que realicen una tarea de juego o interacción social con el examinador, como realizar una actividad compartida. Para las mujeres, este apartado podría incluir una observación más detallada de cómo interactúan en situaciones de juego o colaboración. Se podría poner atención a la manera en que las mujeres presentan una forma más habitual de interactuar, pero con menos reciprocidad emocional o problemas para establecer contacto visual genuino.

En cuanto al ADI-R, la estrategia para disminuir el sesgo de género, tanto de la herramienta como de los cuidadores, es, en primer lugar, ser conscientes de nuestros propios sesgos de género al efectuar evaluaciones. Las expectativas sociales sobre las mujeres, como una mayor empatía o habilidades sociales, llevan a subestimar o malinterpretar las dificultades que enfrentan. Así, la formación en el reconocimiento de estas expectativas y la revisión crítica de los diagnósticos previos mejorarán la precisión del diagnóstico en mujeres. Como el ADI-R es una entrevista que nos da información sobre el desarrollo de la persona, también tenemos que conocer las manifestaciones del TEA en mujeres en la infancia y la adolescencia para no pasarlas por alto.

Por ejemplo, **en lugar de preguntar si la persona tenía amigos de pequeña, podemos indagar sobre la calidad y profundidad de esas relaciones** de la siguiente manera:

- ¿Son genuinas?
- ¿Se siente cómoda o solo está imitando patrones sociales?
- ¿Tiene interés en mantener esas amistades?
- ¿Disfrutaba del tiempo que pasaba con sus amigos?

Además, **podemos hacer adaptaciones para preguntar por los intereses restringidos, por ejemplo, en vez de preguntar solo sobre intereses inusuales, incluir cuestiones como**:

- ¿Dedicaba o dedica grandes cantidades de tiempo a alguna actividad específica, incluso si parecía común?
- ¿Hay algún tema, actividad o área que le apasione profundamente o que le guste investigar en detalle?
- ¿Siente que puedes pasar mucho tiempo concentrada en un tema o actividad sin cansarse?
- ¿Le resulta fácil compartir sus intereses con otras personas? ¿Cómo suelen reaccionar?
- ¿Tiene alguna rutina relacionada con sus intereses que le haga sentir cómoda?

Por otro lado, **podemos observar si hay un sesgo de género en los cuidadores si son ellos los que están respondiendo a la entrevista**. Si este es el caso, es una buena idea profundizar más en las preguntas para no pasar por alto detalles que quizá los cuidadores vieran como conductas típicas o normales.

En este sentido, aunque las herramientas diagnósticas cuenten con una menor sensibilidad para detectar el fenotipo de TEA femenino, podemos adaptar nuestra forma de observar las conductas de la persona para intentar compensar este sesgo. Para ello, es necesario un conocimiento profundo de las manifestaciones del TEA en mujeres. Además, es importante llevar a cabo una evaluación en múltiples contextos.

Considerar no solamente las observaciones clínicas, sino también las entrevistas con familiares, profesores y otras personas significativas en la vida de la persona es fundamental. Lo anterior, ayuda a obtener una imagen más completa de cómo las mujeres con TEA interactúan en distintos entornos y de qué manera sus dificultades están ocultas en ciertos contextos, como en el ámbito social.

En conclusión, el diagnóstico de TEA en mujeres enfrenta múltiples desafíos derivados de diferencias en la manifestación clínica, sesgos en las herramientas de evaluación y factores culturales asociados al género. Las mujeres suelen presentar características menos evidentes, como intereses restringidos más socialmente aceptables y mejores habilidades de camuflaje, lo que dificulta identificar sus dificultades reales. Además, las herramientas diagnósticas, como el ADOS-2 y el ADI-R, están diseñadas principalmente con base en muestras masculinas, lo que amplifica el riesgo de falsos negativos en mujeres. Este problema se agrava por los sesgos de género en los cuidadores y profesionales, quienes podrían llegar a subestimar o interpretar de forma diferente los síntomas en función de expectativas culturales. Por otro lado, las mujeres con TEA presentan más comorbilidades, como ansiedad y trastornos del estado de ánimo, lo que desvía el enfoque diagnóstico hacia estas condiciones en lugar del TEA. Para abordar estas barreras, es esencial adaptar las herramientas diagnósticas, incluyendo preguntas específicas que contemplen las diferencias de género, y sensibilizar a los profesionales para que consideren estas particularidades, garantizando así un diagnóstico más preciso y equitativo.

MÓDULO V

Características psicosociales
en adultos con TEA

Las personas con TEA presentan características psicológicas que reflejan diferencias en la forma en que procesan el mundo y sus propias emociones. Estas diferencias van desde una alta sensibilidad sensorial hasta desafíos en la regulación emocional y la existencia de patrones de pensamiento específicos, como la preferencia por la lógica o la atención a detalles.

En el ámbito social, las personas con TEA suelen enfrentarse a dificultades relacionadas con la interpretación de señales no verbales, el ajuste a normas sociales implícitas y la reciprocidad en las interacciones. Estas barreras, que a menudo son invisibles para los demás, en ocasiones generan aislamiento o interacciones incompletas, incluso cuando hay una clara intención de conectar con otros. Además, muchas personas desarrollan estrategias de adaptación, que ocultan sus verdaderas necesidades.

Las dimensiones psicológicas y sociales están profundamente relacionadas y dan lugar a un contexto único que exige una atención integral y una visión completa de la persona y su contexto. Para los profesionales, conocer estas características permite no solo reconocer los desafíos, sino también identificar las fortalezas individuales, diseñar intervenciones ajustadas y promover un enfoque respetuoso y eficaz que mejore su calidad de vida.

5.1. Dificultades psicosociales de las personas con TEA

Más allá de las comorbilidades de salud mental mencionadas, las dificultades en áreas específicas afectan a la salud mental de las personas con TEA. Aunque los perfiles psicológicos y cognitivos de los adultos con TEA son muy heterogéneos, las características psicosociales más comunes son las siguientes:

- **Las dificultades en la interacción social**: Como los problemas para establecer y mantener relaciones sociales, entender las normas sociales o reconocer las señales no verbales de los demás.

- **Dificultades en la comunicación**: A menudo se observan retrasos en el desarrollo del lenguaje, dificultades para iniciar o mantener conversaciones y, en algunos casos, uso limitado del lenguaje verbal.

- **Comportamientos repetitivos**: Muestran comportamientos repetitivos, como balancearse, aplaudir, o insistir en rutinas y actividades específicas.

- **Intereses restringidos**: Tienen una concentración intensa en intereses o actividades específicas, a menudo con poco interés por otros temas o actividades.

- **Sensibilidad sensorial**: Las personas con TEA en ocasiones son hipersensibles o hiposensibles a estímulos sensoriales, como luces brillantes, ruidos, texturas o sabores, lo que limita sus experiencias en mayor o menor medida.

- **Dificultades en la teoría de la mente**: Existen dificultades para entender que otras personas pueden tener pensamientos, creencias o perspectivas diferentes a las propias, lo cual está relacionado con la empatía, ya que también existe una dificultad para la identificación de las emociones ajenas (Norris y Maras, 2022).

- **Inflexibilidad cognitiva**: Las personas con TEA a menudo presentan una dificultad para adaptarse a cambios, modificar rutinas establecidas o considerar perspectivas diferentes, lo que puede generar ansiedad en situaciones inesperadas (Talero-Gutiérrez et al., 2015).

Además de estas características, algunas personas con TEA presentan limitaciones en las estrategias para afrontar ciertas dificultades emocionales o sociales, lo que conduce a un mayor estrés. Cuando dicho estrés no se maneja adecuadamente debido a las dificultades en la regulación emocional, lleva a un agotamiento emocional. Este agotamiento podría hacer que la persona con TEA se sienta incapaz de afrontar las demandas diarias.

5.2. Fortalezas psicosociales de las personas con TEA

Cabe destacar que, en cuanto a las características psicosociales de los adultos con TEA, no todas están presentes en todos los casos ni son igual de graves o pronunciadas. Además, dichas características incluyen múltiples fortalezas, que como profesionales debemos conocer y potenciar para compensar y resolver las posibles dificultades a las que se enfrentan.

- **Atención al detalle**: Muchas personas con TEA tienen una habilidad excepcional para notar detalles que otras personas podrían pasar por alto. Esta atención minuciosa es especialmente útil en tareas que requieren precisión y análisis.

- **Capacidad de atención**: A menudo, tienen la capacidad de concentrarse profundamente en actividades o intereses específicos, lo que les permite desarrollar una experiencia excepcional en ciertos campos (Ruggieri, 2022). Este enfoque es beneficioso en actividades que requieren concentración a largo plazo.

- **Honestidad y transparencia**: En general, suelen ser directas y francas en su comunicación, lo que es una fortaleza en situaciones donde la claridad y la honestidad son esenciales (Segundo Sánchez, 2018).

- **Dedicación y perseverancia**: Cuando las personas con TEA se sienten motivadas por una tarea o un interés, demuestran una gran perseverancia y dedicación (Ruggieri, 2022), lo que les permite superar desafíos y alcanzar altos niveles de logro en áreas que les apasionan.

- **Perfil cognitivo**: Muchas personas con TEA tienen ventajas en dominios cognitivos como el procesamiento visual, la memoria y la atención selectiva (Ruggieri, 2022).

En conclusión, podemos afirmar que presentan una amplia gama de dificultades y fortalezas que varían significativamente de un individuo a otro. Mientras que algunas enfrentan retos en áreas como la comunicación, la interacción social, la regulación emocional y la adaptación a cambios, otras tienen habilidades excepcionales en el manejo de detalles, concentración, pensamiento lógico o memoria. Es crucial reconocer que el TEA no es un trastorno homogéneo: estas características no están presentes en todos los individuos ni en la misma medida. **Cada persona con TEA tiene su propio perfil único, y la gravedad de las dificultades y la intensidad de las fortalezas difieren considerablemente**. Por lo tanto, es esencial adoptar un enfoque individualizado, que considere tanto las dificultades como las fortalezas de cada persona, para proporcionar el apoyo adecuado y permitirles desarrollarse plenamente en sus capacidades.

5.3. Impacto del TEA en la vida social y familiar

El TEA tiene un impacto significativo en la vida social y familiar de quienes lo experimentan, afectando no solo a la persona con el diagnóstico, sino también a su entorno cercano. Las dificultades en la comunicación, la interacción social y la adaptación a cambios obstaculizan la participación plena en actividades sociales, lo que puede generar un sentimiento de aislamiento tanto en la persona con TEA como en sus familiares. Sin embargo, el impacto varía considerablemente según el contexto en el que se desarrolle la persona, ya que factores como el apoyo familiar, la comprensión social y el acceso a recursos adecuados influyen profundamente en la experiencia cotidiana.

Así, **resulta crucial reconocer que el TEA no solo representa un reto individual, sino que también afecta a la dinámica familiar**, generando tensiones, ajustes y, en muchos casos, un esfuerzo constante por parte de los familiares para ofrecer apoyo emocional, social, práctico y económico. Por ello, la comprensión y el abordaje del TEA deben ser holísticos, teniendo en cuenta tanto las necesidades de la persona con el trastorno como el impacto en su red de apoyo.

En cuanto a personas que fueron diagnosticadas en la infancia, hay que prestar especial atención a la transición a la vida adulta. Por ende, no solo debemos acompañar a la persona, sino también a sus familiares durante dicha etapa. Este proceso implica ajustes significativos en múltiples áreas, como la educación, la autonomía personal, la inserción laboral y la construcción de una red de apoyo sólida. Para las familias, supone **replantear expectativas y roles**, favoreciendo la independencia y participación activa de la persona en su entorno.

Por ejemplo, en lugar de organizar la rutina de la persona o gestionar el transporte diario, una idea para aumentar la autonomía sería fomentar que el joven utilice un calendario o una aplicación móvil para planificar estas actividades por sí mismo. **Este cambio implica que los padres asuman un rol de guía en lugar de ejecutores**, mientras que la persona va adquiriendo mayor responsabilidad e independencia.

Dentro de los casos en los que las personas reciben un diagnóstico ya en la edad adulta, acompañarla a ella y a su entorno **implica centrarse en la construcción de un ambiente de comprensión y aceptación**. Lo anterior, significa ofrecer herramientas que permitan al entorno adaptar sus expectativas y dinámicas.

En este sentido, es importante trabajar en la sensibilización y el conocimiento del TEA de familiares, amigos y profesionales para que comprendan las características únicas de la persona, siempre priorizando los deseos y el abordaje que la persona prefiera. Además, **el acompañamiento debe incluir la creación de estrategias que refuercen la seguridad emocional de la persona diagnosticada**, como garantizar que las decisiones sobre su vida incluyan su voz y participación activa.

Por otro lado, existe una visión de que las personas con TEA no tienen interés en las relaciones sociales. Sin embargo, estudios recientes han puesto de manifiesto que las personas con TEA desean y buscan la afectividad y las relaciones interpersonales, a nivel afectivo, familiar y sexual. De esta manera, **la socialización es uno de los factores clave para promover un aprendizaje saludable de comportamientos a nivel social e individual**.

Asimismo, se tiende a infantilizar a las personas con TEA asumiendo que no tienen interés en las relaciones sexoafectivas o que, por el contrario, tienen comportamientos sexuales inapropiados. En cuanto a la afectividad, la misma es una dimensión emocional que abarca los sentimientos, emociones y actitudes que una persona experimenta y expresa hacia sí misma, hacia los demás y hacia el mundo que la rodea (André et al., 2020). Dicho aspecto **es fundamental y complejo en la vida emocional de los seres humanos, y desempeña un papel importante en nuestras relaciones interpersonales, decisiones y comportamientos** (Pecora et al., 2020; Torralbas-Ortega et al., 2023).

Por ende, es crucial que, como profesionales, tengamos en cuenta que este estigma existe y daña a la persona, ya que las personas con TEA participan en una gran variedad de comportamientos sexuales típicos (Torralbas-Ortega et al., 2023). Debido a ello, el **abordaje de las relaciones sexoafectivas es significativo para mejorar la calidad de vida de las personas con autismo y sus familias**, puesto que se encuentran en alto riesgo de experiencias negativas, como el abuso sexual, la soledad, los embarazos no deseados o las enfermedades de transmisión sexual (Sala et al., 2020).

En definitiva, abordar la sexualidad en personas con TEA requiere del respeto por sus deseos, necesidades y la diversidad sexual de cada individuo. Esto implica reconocer que la sexualidad es una dimensión fundamental de la identidad y que cada persona tiene el derecho a vivirla y expresarla de manera segura. Adicionalmente, es importante generar espacios de comunicación abierta, donde puedan expresar sus intereses y preocupaciones sin temor a ser juzgados.

Se debe proporcionar una educación sexual adaptada, que no solo incluya información sobre aspectos biológicos, sino que también abarque temas como el consentimiento, las relaciones afectivas, el respeto por la diversidad y la prevención de riesgos. Al mismo tiempo, se deben reconocer y validar las orientaciones sexuales e identidades de género diversas, ofreciendo apoyo para que cada persona pueda construir una sexualidad que refleje quién es y qué desea.

Dicho enfoque fortalece la autonomía y bienestar de las personas con TEA, porque reconoce sus deseos e identidad. Por último, cabe señalar que no debemos enseñar a las personas cómo vivir su sexualidad o afectividad, sino brindarles la información necesaria para que puedan tomar decisiones de forma independiente sobre su vida social, afectiva y sexual.

MÓDULO VI

El fenómeno del *masking*

5.3. ¿Qué es el *masking*?

El *masking* o camuflaje es un término utilizado para describir la modulación de aspectos del yo y de la identidad **con el fin de "pasar desapercibido" o "parecer normal"** (Miller et al., 2021). Esto puede llevarse a cabo mediante medios conscientes (por ejemplo, imitar expresiones faciales) o inconscientes (como evitar mostrar ciertos aspectos de la propia identidad sin intención) (Hull et al., 2017). El *masking* es una estrategia que, aunque muchas veces facilita la integración social, también genera un gran desgaste emocional y contribuye a la desconexión con la propia identidad, afectando el bienestar general de la persona, ya que se ha asociado a numerosos problemas de salud mental, como estrés, ansiedad, *burnout* y pensamientos y conducta suicida (Cassidy et al., 2018).

Sin embargo, es importante tener en cuenta que **el camuflaje no es una estrategia que se da exclusivamente en población con TEA**, sino que se ha observado en personas que han tenido un desarrollo típico. Estas estrategias incluyen la elección de la ropa, el tono de voz o las expresiones faciales, que se relacionan con tácticas para establecer vínculos sociales (Miller et al., 2021). A pesar de que el camuflaje sea una estrategia común en personas neurotípicas, las consecuencias y estrategias son diferentes para las personas con TEA.

Asimismo, cabe señalar que es mucho más habitual en mujeres con TEA frente a hombres con TEA (Lai et al. 2015). Lo anterior, es importante tenerlo en cuenta a la hora de abordar el diagnóstico y la intervención, ya que una mayor cantidad de estrategias de compensación o camuflaje darán lugar a un mayor riesgo de presentar problemas de salud mental como ansiedad o depresión (Cassidy et al., 2018), así como a una mayor dificultad para llevar a cabo un diagnóstico correcto.

6.2. Impacto del masking en las personas con TEA

El *masking* tiene un impacto significativo en las personas con TEA, ya que implica la necesidad de ocultar o modificar aspectos de su identidad para ajustarse a las expectativas sociales. Dicho proceso, **aunque en algunos casos facilita la integración en ciertos entornos, conlleva un desgaste emocional y cognitivo considerable**. A medida que la persona con TEA recurre al masking, se enfrenta a la desconexión con su yo auténtico, lo que genera estrés, ansiedad y una sensación de incomodidad en su interacción social. Este fenómeno no solo afecta su bienestar emocional, sino que también influye en su capacidad para desarrollar una identidad coherente y plena.

La desconexión con la propia identidad tiene un efecto negativo en aquellos que sienten que no pueden ser ellos mismos, y a menudo está impulsada por presiones externas y el estigma relacionado con el TEA (Miller et al., 2021). Una consecuencia adicional del *masking* es el estrés que experimentan las personas al sentir que otros no conocían su "verdadero yo" y que sus relaciones se basaban en que las personas los conocieran como realmente son (Miller et al., 2021). Lo anterior, da lugar a sentimientos de aislamiento y soledad, además de la carga adicional de tener que mantener este camuflaje. Esta carga es mayor en personas con TEA, en las cuales la presión y fatiga producidas debido al mantenimiento de dichas estrategias en el tiempo lleva, en numerosas ocasiones, a la ideación suicida (Cassidy et al., 2020).

Otro de los factores que las personas con TEA señalan como una fuente de estrés o ansiedad con respecto al *masking*, es el tiempo. Muchas personas señalan que varias estrategias de camuflaje surgieron en la infancia y se mantuvieron durante la adolescencia y la edad adulta (Miller et al., 2021). El hecho de que hayan mantenido estas compensaciones por tanto tiempo, no solo hace que sean difíciles de "desaprender", sino que son la fuente de un estresor crónico que les ha acompañado en varias etapas de su vida, por lo que puede haber derivado o derivar en problemas de salud mental como la depresión, la ansiedad, o el aislamiento. Esto es especialmente significativo en mujeres con TEA, que tienden más al enmascaramiento de sus síntomas y al camuflaje social (Lai et al., 2017), dando lugar no solo a una dificultad en la identificación de los síntomas, sino también a más comorbilidades de salud mental como ansiedad o depresión (Bargiela et al., 2016).

Por otro lado, hay personas con TEA que afirman que no son capaces de enmascarar sus síntomas. Estas personas también reportan estrés y sentimientos negativos, al afirmar que no son capaces de encajar o que se sienten demasiado diferentes a los demás (Forster & Pearson, 2020). Es decir, **tanto las personas con TEA que llevan a cabo estrategias de camuflaje como aquellas que no, reportan sentimientos negativos y estrés** derivado o bien del esfuerzo que conllevan estas compensaciones, o de la incapacidad de realizarlas.

Como profesionales, debemos ser conscientes del estigma y abordar dichos sentimientos negativos. Es necesario que llevemos a cabo un trabajo con las creencias de la persona, asegurando que no es necesario compensar u ocultar sus dificultades, haciendo hincapié en las fortalezas frente a las "debilidades" y también proponiendo estrategias que no conlleven una erosión de la identidad de la persona o una fatiga crónica que de lugar a problemas de salud mental. Por ejemplo, se puede proponer que, **en lugar de que la persona oculte sus dificultades a nivel social, llevar a cabo un entrenamiento en habilidades sociales que potencie sus cualidades**:

Por ejemplo, si una persona con TEA tiene un interés profundo en un área especializada, como la astronomía, pero siente que debe ocultarlo para evitar ser rechazada o incomprendida, **el entrenamiento debe centrarse en cómo expresar este interés de manera que se sienta auténtica, sin necesidad de esconderlo**. De esta manera, es una buena idea trabajar en fortalecer su confianza al compartir este tipo de conocimiento con otros, ya sea en un entorno profesional, académico o en grupos que valoren este interés.

Además, el entrenamiento debe incluir el desarrollo de habilidades para integrar estos intereses en interacciones cotidianas, mostrando que su conocimiento específico es una ventaja que aporta perspectiva y habilidades únicas. **El objetivo es que la persona reconozca su identidad intelectual como una parte valiosa de sí misma** y aprenda a compartirla de forma natural y cómoda, sin sentirse presionada a adaptarse a expectativas ajenas.

Por último, es importante destacar el papel que tenemos como sociedad en hacer desaparecer el estigma de las personas con TEA, comprender su realidad y fomentar que tengan una vida plena, siendo quienes son, promoviendo siempre el desarrollo de la identidad, la autodeterminación y la comprensión.

6.3. Impacto del *masking* en el diagnóstico

El masking constituye un desafío crítico en el ámbito del diagnóstico. **No solo dificulta la identificación precisa de las características nucleares del TEA, sino que también retrasa el acceso a intervenciones adecuadas**, especialmente en poblaciones donde las manifestaciones del trastorno se presentan de manera más sutil o atípica. De hecho, aunque se pueda llegar a hacer una identificación precisa del TEA, es posible que no se identifiquen todas las necesidades o dificultades de la persona debido a que se están enmascarando.

Como se ha señalado anteriormente, uno de los desafíos en el diagnóstico de adultos con TEA es que, en numerosas ocasiones, el diagnóstico se retrasa hasta la adultez porque los síntomas de TEA han sido enmascarados y han pasado desapercibidos, especialmente en mujeres. Como el camuflaje es una estrategia muy exigente tanto a nivel cognitivo como emocional, es posible que estas personas tengan otros diagnósticos como ansiedad social, trastornos del estado de ánimo o de conducta que oculten aún más las características nucleares del TEA.

Para llevar a cabo un diagnóstico completo y correcto, es necesario tener en cuenta aspectos que van más allá de las conductas y características observables de la persona, como su entorno, su contexto cultural y de género y su historia de desarrollo. Debemos tener en cuenta que es posible que la persona no solo esté camuflando la sintomatología durante la evaluación, sino que es muy probable que lleve implementando estas estrategias compensatorias desde hace mucho tiempo. Por ello, **es importante preguntar a la persona por estas estrategias, si las ha implementado, si es consciente de ellas o desde cuándo lleva manteniéndolas** para conocer mejor su situación y llevar a cabo un diagnóstico correcto.

A continuación, plantearemos un **ejemplo de enmascaramiento y cómo abordarlo durante la evaluación**:

Ángela es una mujer de 26 años que acude a evaluación tras años de incertidumbre sobre sus dificultades sociales y emocionales. Durante la evaluación, se desenvuelve de forma natural: mantiene contacto visual adecuado, respeta los turnos de palabra y se puede observar un disfrute en la interacción con la evaluadora. Además, no se observan intereses restringidos ni comportamientos repetitivos durante la entrevista clínica.

Ángela tiene un diagnóstico previo de depresión, relacionado con un patrón cíclico en el que, tras periodos en los que socializa bastante, experimenta largos periodos de aislamiento social, tristeza y pensamientos suicidas. Explica que, a pesar de que disfruta las interacciones con los demás y tiene un círculo social cercano, luego de las interacciones, se siente agotada. Afirma que cada vez que tiene un evento social, o se reúne con su círculo, vigila de forma constante y muy cuidadosa todo lo que dice y hace, sintiéndose alerta y ajustando su comportamiento constantemente, y que esto le ha pasado desde pequeña, en el colegio y, en ocasiones, también con su familia. Esto le resulta agotador, ya que al llegar a casa necesita un periodo de descanso social y aislamiento para recuperarse emocionalmente de estas interacciones. Cuando se pregunta a Ángela cómo le gusta pasar el tiempo en su casa o cuando se encuentra sola, afirma que le gusta mucho la música pop y conocer la vida de los artistas. Afirma que entra en foros sobre celebridades cuando está en casa, pasándose varias horas leyéndolos y escuchando álbumes de ciertos artistas una y otra vez, pero que no lo comenta con sus amigos porque dice que se siente “una pesada”.

Aunque no se observan todos los síntomas nucleares del TEA, podemos sospechar que Ángela puede estar implementando estrategias de camuflaje con el fin de encajar, ya que afirma que se siente hipervigilante con sus propias conductas cuando está con gente, y esto le resulta muy agotador. **Para explorar esto, realizamos las siguientes preguntas a Ángela**:

- **Para indagar en posibles intereses restringidos, preguntamos a la persona qué le gusta hacer cuando está sola**. El hecho de que estos intereses no surjan de forma natural durante la conversación, no quiere decir que no existan, sino que pueden enmascararse porque cuando los comparte se siente “pesada” o incomprendida, como señala Ángela con su gusto por el pop. En ocasiones es posible que la persona no mencione una actividad en concreto, por lo que otras preguntas que podemos hacer es: "¿Hay algún tema, actividad o pasatiempo que ocupe mucho de tu atención o te haga sentir en tu zona de confort?", "¿Qué te ayuda a sentirte mejor cuando decides aislarte después de socializar?".

- También es posible que, al contrario que Ángela, la persona no comunique que se siente agotada o que realiza conductas compensatorias para encajar en un grupo social. **En ese caso, podríamos preguntar**: "¿Cómo te sientes después de pasar tiempo con otras personas? ¿Notas que te cuesta recuperarte emocionalmente?", "¿Sientes que tus interacciones son naturales, que no te cuestan?, “¿Crees que cambias algo de ti para adaptarte?", "¿Hay alguna estrategia que uses para saber cómo comportarte en ciertos contextos?".

Finalmente, aunque los síntomas de TEA no sean evidentes durante la evaluación, al indagar más sobre Ángela observamos que tiene un interés profundo en la música pop que es restringido y que ocupa prácticamente todo el tiempo que está sola. También observamos la dificultad social que ella reporta, además de que afirma que no siempre entiende muy bien lo que los demás quieren decir y que les imita o tiene mucho cuidado con su interacción o lo que dice y hace. Por ello, finalmente se da a Ángela un diagnóstico de TEA, al observar dificultades en el área social e intereses restringidos.

Es probable que esto pueda pasar por alto en una evaluación si no conocemos bien el fenómeno del masking, por lo que debemos estar atentos, especialmente en adultos con diagnósticos previos de problemas de salud mental relacionados con la interacción social, y de forma aún más justificada, en mujeres adultas.

MÓDULO VII

Intervenciones y terapia en adultos con TEA

En ocasiones, se tiende a pensar que el TEA es un trastorno asociado a la infancia y que las intervenciones se centran en esta etapa, por lo que sería "demasiado tarde" para una intervención en adultos. Si bien es cierto que la intervención temprana es muy eficaz, no significa que en la edad adulta no se puedan llevar a cabo intervenciones que favorezcan la calidad de vida y la autonomía de la persona.

En este contexto, es necesario que la intervención y la terapia en adultos con TEA se aborden desde un enfoque individualizado que reconozca la diversidad de necesidades y experiencias en esta etapa de la vida.

Sin embargo, a pesar de la evidente necesidad de apoyo terapéutico en esta población clínica, su acceso a servicios de salud adecuados sigue siendo insuficiente. En contraste con la disponibilidad de tratamientos especializados para niños y adolescentes, **existen pocas opciones adaptadas para adultos con TEA de alto funcionamiento** (Schweizer et al., 2024).

7.1. Desafíos de la intervención en adultos

La intervención en las primeras etapas de la vida es muy importante y eficaz para crear estrategias y habilidades que permitan a la persona desenvolverse de forma independiente y manejar sus dificultades, promoviendo sus fortalezas y su bienestar en la etapa en la que hay una mayor plasticidad cerebral como es la primera infancia. Por el contrario, la intervención en adultos tiene como objetivo promover la autonomía de la persona, aprender nuevas habilidades y en ocasiones, desaprender ciertos patrones de comportamiento o estrategias de compensación que dificultan el bienestar pleno de la persona. **Esta intervención tiene que extenderse a todos los contextos de la persona, tanto a nivel individual como social y estructural**.

En primer lugar, la intervención en adultos con TEA enfrenta diversos desafíos que requieren estrategias adaptadas y sensibles a esta etapa de la vida. La rigidez en conductas y patrones ya establecidos dificulta la incorporación de nuevas habilidades o cambios en rutinas, especialmente cuando estas han funcionado como mecanismos de afrontamiento. Esta característica puede surgir como una estrategia para manejar o reducir la ansiedad, pero en el contexto de una intervención, se convierte en un desafío significativo, ya que limita la flexibilidad necesaria para implementar nuevos aprendizajes o adaptaciones. Esta rigidez puede manifestarse en una **fuerte adherencia a rutinas estrictas**, como seguir siempre el mismo orden al realizar actividades diarias, lo que genera resistencia cuando se proponen modificaciones, como incluir ejercicios terapéuticos en su rutina. En ocasiones, existe una **preferencia por realizar tareas de formas muy específicas,** incluso si estos métodos no son los más eficientes, lo que complica la introducción de estrategias alternativas. Estas dificultades requieren que las intervenciones sean cuidadosamente planificadas, utilizando estrategias como la **introducción gradual de cambios, la anticipación visual de modificaciones en la rutina** y la vinculación de los nuevos aprendizajes con sus intereses específicos, siempre promoviendo su participación activa en el proceso de ajuste.

Otro de los factores que dificultan la intervención en adultos con TEA es el estigma social . Este estigma representa otro desafío importante en la intervención con adultos, ya que puede generar barreras significativas en su acceso a recursos y en su integración en diferentes contextos sociales. **Las personas con TEA suelen enfrentarse a prejuicios y malentendidos** por parte de la sociedad, lo que puede llevar a la discriminación o a la exclusión. Este estigma se manifiesta en la percepción de que sus comportamientos, a menudo considerados inusuales o inapropiados, son vistos como una falta de esfuerzo o interés, en lugar de ser entendidos como características del trastorno. Esta situación no solo impacta en la autoestima y el bienestar emocional, sino que también dificulta la participación activa en actividades sociales y laborales, ya que pueden evitar situaciones en las que se sienten juzgadas o incomprendidas. La intervención debe, por tanto, ir más allá de los aspectos clínicos del TEA, **abordando también la necesidad de cambiar la percepción social sobre el trastorno**, promoviendo la aceptación y el entendimiento, y ofreciendo estrategias que permitan a la persona gestionar las situaciones sociales de manera efectiva y sin la carga del estigma.

Más allá de estas dificultades, existe una gran falta de investigación sobre intervenciones en adultos con TEA que tengan en cuenta todo el contexto de la persona. Además, la diversidad en el contenido de la intervención, los procedimientos, los métodos de evaluación y los resultados entre los estudios dificulta la tarea de clarificar cuales son las intervenciones más eficaces para los adultos con TEA (Schweizer et al., 2024).

7.2. Ejes de la intervención en adultos con TEA

7.2.1. Intervención sobre los síntomas nucleares de TEA

El tratamiento de los síntomas nucleares del TEA se centra en abordar las áreas clave que caracterizan el trastorno, como las dificultades en la comunicación social y los patrones de comportamiento restringidos y repetitivos. **Es importante destacar que en intervención el objetivo nunca es "curar" el TEA**, ya que es un trastorno del neurodesarrollo que se da a lo largo de toda la vida. Por ello, el objetivo del tratamiento se centra en aumentar las habilidades de la persona para el manejo de los síntomas con el fin de lograr su bienestar e independencia.

De los enfoques terapéuticos empleados para el manejo de los síntomas, **el que más eficacia ha demostrado es la terapia cognitivo conductual**, la cual se centra en identificar y modificar patrones de pensamiento y conductas que son problemáticos o disfuncionales. En el campo de la intervención en adultos con TEA, esta terapia ha mostrado una gran eficacia, mejorando las habilidades sociales, la empatía y las interacciones (Ashman et al., 2017; Schweizer et al., 2024). Además, también ha mostrado su eficacia a la hora de reducir la ansiedad social y el estrés, favoreciendo el aprendizaje de nuevas conductas que afectan directamente la capacidad de las personas para desenvolverse en la vida diaria y participar de manera efectiva en diversas actividades.

Más allá de la eficacia demostrada, es importante señalar que, en especial con adultos con TEA, parece que **un mayor grado de estructura de la intervención favorece estos resultados positivos** (Ashman et al., 2017). Por ende, no solo debemos aplicar la técnica, sino adaptarla a las características de cada persona para sacar el máximo provecho a las fortalezas de la persona y de la propia técnica. En este sentido, una intervención muy estructurada favorece la clarificación de objetivos, los pasos a dar para lograrlos y, en general, una mayor anticipación y planificación, que favorece la adherencia al tratamiento por parte de las personas con TEA (Schweizer et al., 2024).

Otro de los puntos clave de la intervención de los síntomas nucleares del TEA, es la **generalización de los aprendizajes y modificaciones de conducta en la vida de la persona**. Es decir, la capacidad de trasladar lo aprendido durante la intervención a las actividades cotidianas y el entorno de la persona. Para ello, es necesario incluir objetivos y conductas muy específicas que la persona pueda aplicar en su día a día.

A continuación, **se presenta un ejemplo de una introducción de conductas que favorecen las habilidades sociales en el contexto de la persona**:

Un hombre con TEA acude a consulta por dificultades sociales, afirmando que le cuesta entablar conversación con desconocidos o preguntar algo en establecimientos por miedo a ser malinterpretado o juzgado. El objetivo de la intervención cognitivo-conductual es lograr que la persona sea capaz de iniciar y mantener conversaciones breves en contextos sociales. Por ejemplo, podemos introducir objetivos específicos para que la persona conozca de forma concreta cómo llevar a cabo estas conversaciones, como que la persona pueda saludar a un desconocido en un restaurante, hacerle una pregunta relacionada con el entorno, escuchar su respuesta y continuar con un comentario breve.

La intervención incluiría sesiones de práctica con juegos de rol en las que se simulan estas interacciones, proporcionando retroalimentación inmediata para reforzar conductas positivas. Se utilizarían apoyos visuales, como tarjetas con frases de inicio de conversación, para facilitar el aprendizaje. Gradualmente, se expondría a la persona a entornos reales, estableciendo siempre objetivos específicos y retirando poco a poco los apoyos del terapeuta. Por último, para promover la generalización en otros contextos, se establecerían tareas concretas en diferentes entornos, como saludar y conversar con un compañero de trabajo o preguntar a alguien por una dirección. Así, al practicar en situaciones controladas y reales, la habilidad se integraría de manera natural en la vida cotidiana.

Otra herramienta ampliamente utilizada para la generalización de los aprendizajes, es la realidad virtual. La realidad virtual muestra entornos artificiales que simulan escenarios del mundo real mediante la generación de estímulos visuales y auditivos, con imágenes realistas u otras sensaciones que pueden envolver al usuario final. Todo ello permite crear un entorno similar al de la persona, que le permite practicar estas habilidades y favorecer la generalización a situaciones reales. Sin embargo, su eficacia depende de la calidad de la tecnología, de la persona y de la frecuencia de las sesiones. Además, es importante señalar el coste económico, por lo que, a pesar de ser una herramienta muy prometedora, no es accesible para todas las personas.

En conclusión, la terapia cognitivo conductual es la más efectiva para el entrenamiento en habilidades sociales. Esta mejora en la interacción social favorece el bienestar de la persona, reduciendo sus síntomas de ansiedad y mejorando su autonomía a la hora de desenvolverse en situaciones sociales cotidianas, siempre y cuando se trabaje en la intervención el traslado de estas habilidades a diferentes contextos de la vida de la persona, como el trabajo y las relaciones con los demás.

7.2.2. Intervenciones dirigidas a los síntomas asociados y a la calidad de vida

Más allá de la intervención sobre las dificultades sociales de las personas con TEA, es importante tener en cuenta los síntomas asociados como ansiedad y depresión, que afectan a la calidad de vida de la persona de forma negativa y significativa. La terapia cognitivo-conductual también ha mostrado su eficacia para la disminución de los síntomas de ansiedad y depresión, en numerosas ocasiones en consecuencia a la mejora de las habilidades sociales. Al darse una mejora en la interacción social, el aislamiento social, la soledad y la ansiedad social se ven mitigados.

Además de la terapia cognitivo conductual, las intervenciones basadas en el mindfulness han mostrado una gran eficacia en la reducción del estrés, la ansiedad, los síntomas depresivos y un aumento en la calidad de vida general de la persona (Schweizer et al., 2024). Las mismas consisten en enfoques terapéuticos que utilizan prácticas de atención plena para mejorar la regulación emocional, reducir el estrés y promover el bienestar general.

En este contexto, *mindfulness* se refiere a la capacidad de prestar atención de manera deliberada y no crítica al momento presente, reconociendo pensamientos, emociones y sensaciones físicas tal como son, sin intentar cambiarlos. Dentro de ellas se incluyen técnicas como la meditación de atención plena, la observación consciente de la respiración y el escaneo corporal, con el objetivo de aumentar la conciencia cognitiva y reducir la reactividad emocional.

Por otro lado, las personas con TEA tienden a tener una forma de pensar más rígida, lo que dificulta la adaptación cuando hay cambios o situaciones inesperadas. Trabajar en la flexibilidad cognitiva les permite afrontar esos imprevistos con un mayor control, reduciendo la frustración y la ansiedad asociadas a los cambios. Así, el *mindfulness* es muy beneficioso para la flexibilidad cognitiva, que es vital para que la intervención se implemente en diferentes contextos, ya que esta habilidad ayuda a las personas a adaptarse mejor a los cambios que ocurren en su entorno, algo que a menudo genera estrés o ansiedad.

Además, existen intervenciones basadas en el *mindfulness* que emplean técnicas propias del enfoque cognitivo-conductual. Integrar ambos enfoques permite combinar también sus beneficios. Mientras que el *mindfulness* enseña a los individuos a tomar distancia de sus pensamientos y emociones, la terapia cognitivo conductual les proporciona herramientas específicas para cambiar patrones de pensamiento disfuncionales y comportamientos no adaptativos. En este enfoque combinado, los pacientes con TEA aprenden, por ejemplo, a reconocer cuándo sus pensamientos negativos están contribuyendo a su ansiedad o depresión y, a través de la práctica de *mindfulness*, a aceptarlos sin dejar que controlen su respuesta emocional. Al mismo tiempo, las estrategias cognitivas de la terapia cognitivo conductual pueden ayudarles a desafiar y reestructurar esos pensamientos, promoviendo un cambio en su manera de interpretar las situaciones y reducir la distorsión cognitiva.

Al igual que con la intervención sobre los síntomas nucleares del TEA, debemos adaptar los enfoques a cada persona. Como ya se ha señalado, una estructuración y planificación clara y dividida en objetivos específicos de la intervención es muy importante para aumentar la eficacia de la misma. También, en el caso del *mindfulness*, es fundamental prestar atención a las necesidades de la persona durante las técnicas de meditación, ya que las personas con TEA podrían ser más sensibles a ciertas sensaciones o estados corporales.

MÓDULO VIII

Recursos y planes de apoyo
para adultos con TEA

Más allá de las intervenciones, las personas con TEA requieren recursos estructurales específicos que les permitan desarrollarse en un entorno que favorezca su bienestar y participación plena en la sociedad. Dichos recursos incluyen tanto apoyos físicos y psicológicos como apoyos económicos que faciliten la adaptación a las demandas del entorno. Los mismos pueden incluir desde ajustes en el entorno educativo y laboral, el uso de herramientas tecnológicas que promuevan la comunicación, hasta la implementación de rutinas claras y consistentes.

Para ello, **es necesario un conocimiento profundo de la realidad de los adultos con TEA, conociendo sus necesidades, fortalezas y dificultades**. Esta conciencia sobre las personas con TEA no solo se extiende al ámbito de la psicología, sino que es importante valorar la esfera social, laboral, educativa y económica para poder prestar los apoyos necesarios a esta población. Las políticas públicas y los marcos normativos también juegan un papel clave, garantizando derechos de acceso a la educación, empleo y servicios sanitarios adaptados.

8.1. Elaboración de planes de apoyo para personas con TEA

Un plan de apoyo es un conjunto de estrategias, recursos y acciones diseñadas de manera personalizada para satisfacer las necesidades específicas de una persona, especialmente en contextos educativos, laborales o de salud. **El objetivo principal de un plan de apoyo es proporcionar las herramientas necesarias para que la persona desarrolle su máximo potencial, superar barreras y lograr una mayor independencia y calidad de vida**. Asimismo, incluyen diversas áreas, como la adaptación de métodos de enseñanza, la implementación de tecnologías de apoyo, o la modificación del entorno físico y social para facilitar la participación de la persona en diversas actividades. Como ya se ha señalado, dichos planes deben ser individualizados. No existe un único modelo para su elaboración precisamente, porque cada persona tiene unas necesidades de apoyo diferentes. Sin embargo, sí que existen una serie de consideraciones a tener en cuenta a la hora de elaborarlos.

En primer lugar, **los deseos y la perspectiva de la persona con TEA debe de ser el eje central** (Barthélémy et al., 2019). De esta manera, las personas deben tener la capacidad de tomar decisiones y tener control sobre los aspectos importantes de su vida, asegurándose de que sus preferencias sean respetadas. Para ello, es necesario proporcionarles la asistencia adecuada en el proceso de toma de decisiones, por lo que el primer paso siempre será conocer sus expectativas, deseos, objetivos y dificultades. Cabe señalar que es posible que no sepa muy bien qué esperar de estos acompañamientos, por lo que debemos ofrecerles toda la información sobre los recursos disponibles, siempre fomentando su autonomía y autodeterminación.

Por otro lado, **es importante tener en cuenta a todo el entorno de la persona**. En la medida de lo posible, es preciso que la familia y el contexto cercano de la persona se involucren no solo en la aplicación del plan de apoyo, sino también en su elaboración. Lo anterior, nos permite conocer mejor cómo es el entorno de la persona con TEA, su apoyo social, y además permite a la familia y otras redes de contención beneficiarse del plan.

En conclusión, la calidad de vida no solo engloba su bienestar físico o emocional, sino también el contexto material, el desarrollo personal, las relaciones interpersonales, la autodeterminación, la inclusión y los derechos humanos (Barthélémy et al., 2019). Por lo que tener en cuenta todas estas áreas será muy importante para elaborar un plan de apoyo completo.

A continuación, **veremos un ejemplo de un plan de apoyo elaborado teniendo en cuenta los deseos, fortalezas, dificultades y el entorno social de una persona con TEA:**

Sofía es una adulta con TEA que ha mostrado interés en trabajar en el ámbito del diseño gráfico, pero enfrenta algunos retos relacionados con las interacciones sociales y la dificultad de estar en entornos poco estructurados o con cambios inesperados. Sofía prefiere un entorno tranquilo y con poca interacción social, lo que le permite concentrarse en sus tareas sin sentirse abrumada. Tiene una gran habilidad para el diseño, con un talento excepcional para trabajar con software de diseño y una buena atención al detalle. Estas fortalezas hacen que Sofía sea muy apta para el trabajo en diseño gráfico, pero su capacidad para adaptarse a cambios repentinos y situaciones sociales intensas necesita ser considerada en su plan de apoyo.

Debido a sus dificultades para manejar cambios inesperados y a la ansiedad que le generan las interacciones sociales, Sofía necesitaría un entorno laboral que minimice dichos factores. Un trabajo que implique menos contacto social, como el diseño gráfico independiente o para proyectos de clientes específicos, sería ideal para ella, por lo que una parte del plan de apoyo será proporcionarle información y guía de cómo hacerlo (los materiales que necesita, la burocracia a la que se puede enfrentar, requisitos legales, etc.).

Sofía vive con su familia, quienes le brindan asistencia activamente, pero ella desea obtener más independencia. Su entorno familiar se encuentra dispuesto a ayudarle a organizar su vida laboral, pero también reconoce una preocupación por cómo se desenvolverá Sofía de forma autónoma. Es crucial que la familia entienda que la independencia de Sofía no significa desentenderse de ella, sino más bien estar presentes para que crezca y desarrolle sus habilidades en un entorno seguro. Para ello, el plan de Sofía incorporará una transición gradual hacia la independencia, con un primer acompañamiento que la familia considere adecuado. Por ejemplo, podría comenzar a trabajar en un entorno autónomo, pero con sesiones regulares de seguimiento, con un supervisor o un miembro de la familia que garantice que Sofía cuenta con el apoyo necesario. Así, la familia podría sentirse más tranquila, sabiendo que hay un sistema de respaldo y que cualquier dificultad será abordada rápidamente. De forma gradual, se irían retirando estos apoyos para avanzar hacia la autonomía que Sofía desea.

Por último, es importante señalar que **los planes de apoyo deben de ser flexibles y aceptar modificaciones siempre que sea necesario**, ya que las necesidades, deseos o contexto de la persona son variables y se requiere realizar adaptaciones. Por tanto, nunca debe de ser un manual rígido de lo que debe hacer la persona, sino una guía de cómo avanzar hacia sus deseos y bienestar, teniendo en cuenta sus fortalezas y necesidades, enseñando estrategias y habilidades a la persona.

8.2. Recursos específicos para adultos con TEA

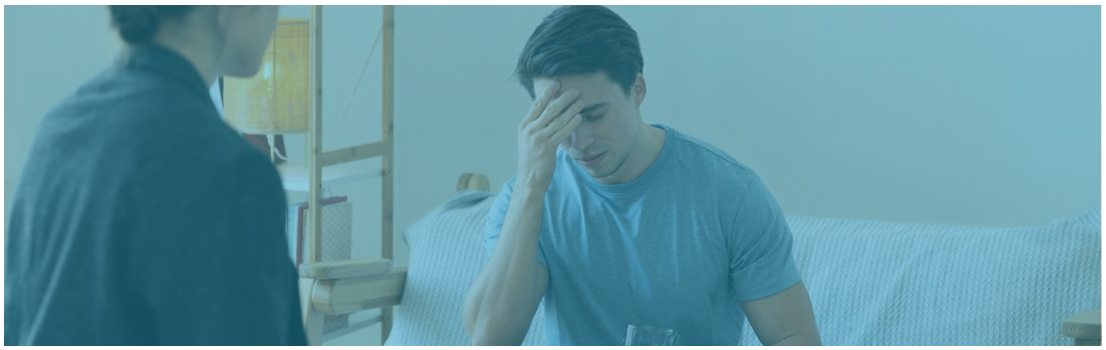
8.2.1. Empleo para adultos con TEA

El empleo es un aspecto fundamental para la autonomía y la inclusión social de las personas adultas con TEA (Vidriales et al., 2018). Adaptar los entornos laborales y proporcionar apoyos específicos no solo facilita su acceso al mercado laboral, sino que también permite aprovechar sus habilidades únicas en diversos sectores. Consecuentemente, promover entornos inclusivos y sensibilizar a las empresas sobre las necesidades y fortalezas de este colectivo son pasos clave hacia una participación laboral equitativa y significativa. Cabe señalar que las necesidades de las personas con TEA son diferentes, y que no todas necesitarán adaptaciones o las necesitarán en la misma medida.

Al igual que en los planes de apoyo, es necesario tener en cuenta sus intereses y sus deseos. Como profesiones, no podemos decir dónde deben trabajar, pero sí que podemos ofrecer información sobre los pasos a seguir para conseguir el empleo u objetivo que desean. Asimismo, siempre que lo amerite la situación, debemos **realizar adaptaciones en el entorno de trabajo que favorezcan a crear un contexto adecuado para las necesidades o dificultades presentes**.

Un ejemplo de asesoramiento laboral, adaptación y plan de apoyo en el contexto del trabajo sería el siguiente:

Luis es una persona con TEA que ha expresado su interés en trabajar como traductor, ya que acaba de terminar la carrera. Sin embargo, enfrenta dificultades con las interacciones sociales y la adaptación a entornos laborales que requieren mucha comunicación, lo que podría parecer incompatible con su interés por la traducción, puesto que preferiría un trabajo más autónomo y con menos contacto directo con otras personas. Luis se siente más cómodo cuando realiza tareas estructuradas y se centra en su trabajo sin la necesidad de interactuar constantemente.



Tiene una excelente capacidad lingüística, con un dominio de varios idiomas, lo que lo hace apto para el trabajo de traducción. Es muy preciso y detallista, lo que es fundamental cuando se trata de mantener la calidad y exactitud de los textos que traduce. Sin embargo, debido a sus dificultades con las interacciones sociales, el plan de apoyo laboral debe centrarse en ofrecer un entorno que minimice dichas situaciones, mientras aprovecha sus fortalezas. En lugar de asignarle proyectos de traducción que impliquen reuniones frecuentes con clientes o trabajo en equipo, el plan de apoyo laboral sugiere que Luis trabaje en la traducción de etiquetas o textos técnicos, que suelen ser tareas más independientes y con menos necesidad de interacción social. Este tipo de trabajo le permitiría mantener su enfoque en el contenido sin la presión de tratar con personas de forma constante. Al mismo tiempo, el entorno de trabajo de Luis debe ser tranquilo y permitirle trabajar a su propio ritmo, con tareas claras y con un sistema que le ayude a organizar y gestionar su carga de trabajo. Además, se le puede proporcionar soporte adicional en la gestión de la ansiedad mediante técnicas de relajación o herramientas que faciliten la comunicación escrita en lugar de verbal.

Por último, para garantizar una transición efectiva al trabajo, se le proporcionará un periodo inicial de acompañamiento o supervisión para asegurarse de que se adapta bien a las tareas y a las expectativas del entorno laboral, sin sentir una sobrecarga de estrés o ansiedad.

Este ejemplo nos muestra como, a la hora de encontrar y desarrollar un trabajo, se tienen en cuenta los deseos de la persona (el deseo de Luis de ser traductor). De la misma forma, las dificultades y necesidades de la persona son consideradas y se crean adaptaciones para disminuir las dificultades (cambiar las tareas de traducción social por aquellas que no requieren de la comunicación e interacción). Por último, se proporciona a la persona un acompañamiento y una supervisión, al menos al inicio de esta transición laboral y hasta que la persona lo desee o necesite.

8.2.2. Educación en adultos con TEA

El entorno educativo para las personas con TEA no es diferente al laboral en el sentido de que se deben respetar sus deseos y su individualidad. Un aspecto clave de la educación es la **estructuración del entorno de aprendizaje**, sea en el nivel educativo que sea, desde enseñanza básica a estudios superiores.

¿Cómo realizarlo? Proporcionando rutinas claras, objetivos definidos y materiales accesibles. Ejemplos de ello podrían ser: métodos visuales, gráficos, diagramas y listas, los cuales son especialmente útiles para facilitar el aprendizaje. Además, es esencial que los educadores ofrezcan **retroalimentación concreta y consistente para reforzar los logros y guiar el progreso**.

Otro elemento importante es la **enseñanza de habilidades prácticas y funcionales** que tengan una aplicación directa en la vida diaria, como el desarrollo de habilidades sociales, gestión del tiempo, resolución de problemas o flexibilidad. La formación profesional, por ejemplo, puede enfocarse en áreas que coincidan con los intereses y talentos del individuo, proporcionando oportunidades reales para la práctica y la generalización de lo aprendido.

Finalmente, es fundamental **involucrar a la persona en el diseño de su plan educativo**, asegurándose de que se tengan en cuenta sus intereses, metas y preferencias. Al respetar su autonomía y fomentar su participación activa, la educación se convierte en una herramienta para potenciar su independencia y calidad de vida. Esto, combinado con el apoyo del entorno, contribuye a que las personas adultas con TEA alcancen su máximo potencial, no solo a nivel educativo, sino en su bienestar general.

A continuación, **se mostrará un ejemplo de adaptación en el ámbito educativo para un adulto con TEA**:

Izan es un hombre de 35 años diagnosticado con TEA que se encuentra cursando una carrera universitaria en medicina. Aunque tiene un buen rendimiento académico, enfrenta dificultades en áreas como la gestión del tiempo, la organización de tareas y la participación en trabajos grupales. Para garantizar su éxito académico, se han implementado varias adaptaciones educativas basadas en sus necesidades específicas. En primer lugar, Izan cuenta con un tutor académico que le hace seguimiento semanalmente para organizar su carga de trabajo. Juntos, revisan las tareas pendientes, establecen prioridades y dividen los proyectos grandes en pasos más pequeños y específicos. Este tutor no organiza el tiempo de Izán, sino que de forma conjunta le apoya en su dificultad de organizar las tareas.

Además, para las clases presenciales, Izan tiene acceso a materiales como diapositivas y grabaciones de las lecciones, lo que le permite repasar el contenido a su propio ritmo. También se le proporciona un asiento fijo en la parte trasera del aula, un lugar tranquilo donde se siente cómodo y menos expuesto a estímulos que puedan distraerlo.

En las actividades grupales, Izan participa en equipos pequeños y estables con compañeros previamente seleccionados, que son conscientes de su necesidad de una comunicación más clara y estructurada. Los roles dentro del grupo se asignan de manera explícita para evitar ambigüedades.

En un principio, se propuso a Izan tener un asistente personal que le acompañara a las clases y le ayudara con el día a día en la universidad, pero él mismo dijo que prefería ir solo y que tener un tutor como apoyo para ciertas tareas era suficiente. La mencionada preferencia se tuvo en cuenta a la hora de realizar la adaptación, por lo que finalmente la idea del asistente personal quedó descartada y únicamente se implementó un tutor.

8.3. Estrategias para la inclusión, integración y participación activa en la comunidad

La inclusión, integración y participación activa en la comunidad también son ejes fundamentales para garantizar que todas las personas, independientemente de sus capacidades, puedan ejercer plenamente sus derechos y contribuir al desarrollo social. Para ello, es necesaria la implementación de estrategias basadas en la evidencia para promover entornos inclusivos que respeten la diversidad, fomenten la interacción social significativa y que eliminen las barreras que dificultan la participación equitativa de los adultos con TEA en la comunidad. A través de estas estrategias, se busca **aumentar la accesibilidad en diversos contextos** y fortalecer el sentido de pertenencia, empoderando a cada individuo para que desempeñe un papel activo y valioso dentro de su comunidad.

La accesibilidad se refiere a la eliminación de las barreras físicas o de comunicación con el fin de que todas las personas puedan relacionarse de forma efectiva con su entorno. Sin embargo, el concepto también es algo relativo, ya que está mediado tanto por la funcionalidad de la persona como por las demandas de su entorno.

Un entorno o producto es accesible en la medida en la que se puede utilizar de la misma forma por todas las personas. Por ejemplo, un supermercado accesible para personas adultas con TEA puede incluir pasillos amplios y organizados de forma lógica, evitando estímulos innecesarios como música alta o luces parpadeantes. La señalización clara con pictogramas y colores facilita encontrar productos rápidamente, mientras que un área tranquila cerca de la entrada permite tomar un descanso si es necesario. Además, los empleados formados en comunicación sencilla son capaces de ofrecer asistencia sin generar incomodidad. Un diseño de tales características hace que una tarea de la vida diaria, como es hacer la compra, sea accesible para los adultos con TEA, y también sea utilizado por todo el mundo.

Otro concepto importante en el campo de la inclusión son las adaptaciones. Al contrario que la accesibilidad, **la adaptación busca realizar modificaciones para que un entorno sea transitado por un grupo concreto de personas, teniendo en cuenta su funcionalidad o posibles dificultades específicas**. Un ejemplo de adaptación en un supermercado para personas adultas con TEA sería implementar lo que se llama "hora silenciosa". Durante este tiempo, se apagan las luces fluorescentes más intensas, se elimina la música y los anuncios por megafonía, y se reducen los ruidos de máquinas como cajas registradoras. Este cambio está diseñado específicamente para quienes tienen hipersensibilidad sensorial, permitiéndoles realizar sus compras en un entorno más calmado y accesible para sus necesidades.

Así, mientras que la accesibilidad busca ser inclusiva desde el inicio, la adaptación responde a necesidades concretas, haciendo ajustes sobre algo ya existente.

Dicho esto, siempre es preferible buscar la accesibilidad, no solo para las personas adultas con TEA, sino para todas las personas con diversidad funcional. Sin embargo, lo más común es realizar adaptaciones ante dificultades concretas de grupos de personas concretos, que, en numerosas ocasiones, no tienen en cuenta la diversidad que existe dentro del grupo de personas hacia el cual van dirigidas.

Por último, a nivel social, **es necesario realizar campañas de información y concienciación sobre la realidad de las personas adultas con TEA**, destacando que existen y son miembros importantes de la comunidad, con el fin de eliminar el estigma que existe hacia esta condición. Aunque es difícil alcanzar una concienciación plena a nivel social, sí que se pueden llevar a cabo estas actividades en centros educativos, empresas, y en definitiva cualquier espacio público. Dicha clase de campañas deben existir independientemente de que haya una persona con TEA en el entorno en el que se dan, ya que para eliminar el estigma, toda la población posible debe tener información basada en la evidencia sobre las características, la diversidad y los derechos de las personas con TEA.

Referencias bibliográficas

• Abrahams, B. S., & Geschwind, D. H. (2008). Advances in autism genetics: on the threshold of a new neurobiology. Nature Reviews. Genetics, 9(5), 341–355. https://doi.org/10.1038/nrg2346

• Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. Clinical Psychology Review, 30(2), 217–237. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004

• American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

• André, T. G., Valdez-Montero, C., Márquez-Vega, M. A., Ahumada-Cortez, J. G., Gámez-Medina, M. E. (2020). Communication on Sexuality Between Parents and Adolescents with Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. Sexuality and Disability, 38(2), 217–229. https://doi.org/10.1007/s11195-020-09628-1

• Ashman, R., Banks, K., Philip, R. C. M., Walley, R., & Stanfield, A. C. (2017). A pilot randomised controlled trial of a group based social skills intervention for adults with autism spectrum disorder. Research in Autism Spectrum Disorders, 43–44, 67–75. https://doi.org/10.1016/j.rasd.2017.08.001

• Asperger, H. (1944). Die "Autistischen Psychopathen" im Kindesalter. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 117(1), 76–136. https://doi.org/10.1007/BF01837709

• Auyeung, B., Baron-Cohen, S., Ashwin, E., Knickmeyer, R., Taylor, K., Hackett, G., & Hines, M. (2009). Fetal Testosterone Predicts Sexually Differentiated Childhood Behavior in Girls and in Boys. Psychological Science, 20(2), 144–148. https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2009.02279.x

• Bargiela, S., Steward, R., & Mandy, W. (2016). The Experiences of Late-diagnosed Women with Autism Spectrum Conditions: An Investigation of the Female Autism Phenotype. Journal of Autism and Developmental Disorders, 46(10), 3281–3294. https://doi.org/10.1007/s10803-016-2872-8

• Barlattani, T., D'Amelio, C., Cavatassi, A., De Luca, D., Di Stefano, R., di Berardo, A., Mantenuto, S., Minutillo, F., Leonardi, V., Renzi, G., Russo, A., Rossi, A., & Pacitti, F. (2023). Autism spectrum disorders and psychiatric comorbidities: a narrative review. Journal of Psychopathology, 29(1), 3–24. https://doi.org/10.36148/2284-0249-N281

• Brugha, T. S., McManus, S., Bankart, J., Scott, F., Purdon, S., Smith, J., Bebbington, P., Jenkins, R., & Meltzer, H. (2011). Epidemiology of Autism Spectrum Disorders in Adults in the Community in England. Archives of General Psychiatry, 68(5), 459. https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.38

• Cassidy, S. A., Gould, K., Townsend, E., Pelton, M., Robertson, A. E., & Rodgers, J. (2020). Is Camouflaging Autistic Traits Associated with Suicidal Thoughts and Behaviours? Expanding the Interpersonal Psychological Theory of Suicide in an Undergraduate Student Sample. Journal of Autism and Developmental Disorders, 50(10), 3638–3648. https://doi.org/10.1007/s10803-019-04323-3

• Cassidy, S., Bradley, L., Shaw, R., & Baron-Cohen, S. (2018). Risk markers for suicidality in autistic adults. Molecular Autism, 9(1), 42. https://doi.org/10.1186/s13229-018-0226-4
Cheslack-Postava, K., & Jordan-Young, R. M. (2012). Autism spectrum disorders: Toward a gendered embodiment model. Social Science & Medicine, 74(11), 1667–1674. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.06.013

• Folstein, S., & Rutter, M. (1977). INFANTILE AUTISM: A GENETIC STUDY OF 21 TWIN PAIRS. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 18(4), 297–321. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1977.tb00443.x

• Forster, S., & Pearson, A. (2020). "Bullies tend to be obvious" : autistic adults perceptions of friendship and the concept of 'mate crime'. Disability & Society, 35(7), 1103–1123. https://doi.org/10.1080/09687599.2019.1680347

• Freitag, C. M. (2007). The genetics of autistic disorders and its clinical relevance: a review of the literature. Molecular Psychiatry, 12(1), 2–22. https://doi.org/10.1038/sj.mp.4001896

• Froehlich-Santino, W., Londono Tobon, A., Cleveland, S., Torres, A., Phillips, J., Cohen, B., Torigoe, T., Miller, J., Fedele, A., Collins, J., Smith, K., Lotspeich, L., Croen, L. A., Ozonoff, S., Lajonchere, C., Grether, J. K., O'Hara, R., & Hallmayer, J. (2014). Prenatal and perinatal risk factors in a twin study of autism spectrum disorders. Journal of Psychiatric Research, 54, 100–108. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.03.019

• Gazestani, V. H., Pramparo, T., Nalabolu, S., Kellman, B. P., Murray, S., Lopez, L., Pierce, K., Courchesne, E., & Lewis, N. E. (2019). A perturbed gene network containing PI3K–AKT, RAS–ERK and WNT–β-catenin pathways in leukocytes is linked to ASD genetics and symptom severity. Nature Neuroscience, 22(10), 1624–1634. https://doi.org/10.1038/s41593-019-0489-x

• Gesi, C., Migliarese, G., Torriero, S., Capellazzi, M., Omboni, A. C., Cerveri, G., & Mencacci, C. (2021). Gender Differences in Misdiagnosis and Delayed Diagnosis among Adults with Autism Spectrum Disorder with No Language or Intellectual Disability. Brain Sciences, 11(7), 912. https://doi.org/10.3390/brainsci11070912

• Gould, J., & Ashton-Smith, J. (2011). Missed diagnosis or misdiagnosis? Girls and women on the autism spectrum. Good Autism Practice (GAP), 12(1), 34–41.

• Hallmayer, J., Cleveland, S., Torres, A., Phillips, J., Cohen, B., Torigoe, T., Miller, J., Fedele, A., Collins, J., Smith, K., Lotspeich, L., Croen, L. A., Ozonoff, S., Lajonchere, C., Grether, J. K., & Risch, N. (2011). Genetic heritability and shared environmental factors among twin pairs with autism. Archives of General Psychiatry, 68(11), 1095–1102. https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.76

• Hull, L., Petrides, K. V., Allison, C., Smith, P., Baron-Cohen, S., Lai, M.-C., & Mandy, W. (2017). "Putting on My Best Normal": Social Camouflaging in Adults with Autism Spectrum Conditions. Journal of Autism and Developmental Disorders, 47(8), 2519–2534. https://doi.org/10.1007/s10803-017-3166-5

• Hurley, R. S. E., Losh, M., Parlier, M., Reznick, J. S., & Piven, J. (2007). The Broad Autism Phenotype Questionnaire. Journal of Autism and Developmental Disorders, 37(9), 1679–1690. https://doi.org/10.1007/s10803-006-0299-3

• Jeste, S. S., & Geschwind, D. H. (2014). Disentangling the heterogeneity of autism spectrum disorder through genetic findings. Nature Reviews Neurology, 10(2), 74–81. https://doi.org/10.1038/nrneurol.2013.278

• Johnston, J. R., & Slobin, D. I. (1979). The development of locative expressions in English, Italian, Serbo-Croatian and Turkish. Journal of Child Language, 6(3), 529–545. https://doi.org/10.1017/s030500090000252x

• Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. Nervous Child, 2, 217–250.
Kok, F. M., Groen, Y., Becke, M., Fuermaier, A. B. M., & Tucha, O. (2016). Self-Reported Empathy in Adult Women with Autism Spectrum Disorders – A Systematic Mini Review. PLOS ONE, 11(3), e0151568. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0151568

• Lai, M.-C., Lombardo, M. V., Auyeung, B., Chakrabarti, B., & Baron-Cohen, S. (2015). Sex/Gender Differences and Autism: Setting the Scene for Future Research. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 54(1), 11–24. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.003

• Lai, M.-C., Lombardo, M. V., Ruigrok, A. N., Chakrabarti, B., Auyeung, B., Szatmari, P., Happé, F., Baron-Cohen, S., & MRC AIMS Consortium. (2017). Quantifying and exploring camouflaging in men and women with autism. Autism, 21(6), 690–702. https://doi.org/10.1177/1362361316671012

• McCarthy, J., Hemmings, C., Kravariti, E., Dworzynski, K., Holt, G., Bouras, N., & Tsakanikos, E. (2010). Challenging behavior and co-morbid psychopathology in adults with intellectual disability and autism spectrum disorders. Research in Developmental Disabilities, 31(2), 362–366. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2009.10.009

• Miller, D., Rees, J., & Pearson, A. (2021). "Masking Is Life": Experiences of Masking in Autistic and Nonautistic Adults. Autism in Adulthood, 3(4), 330–338. https://doi.org/10.1089/aut.2020.0083

• Murphy, C. M., Wilson, C. E., Robertson, D. M., Ecker, C., Daly, E. M., Hammond, N., Galanopoulos, A., Dud, I., Murphy, D. G., & McAlonan, G. M. (2016). Autism spectrum disorder in adults: diagnosis, management, and health services development. NEUROPSYCHIATRIC DISEASE AND TREATMENT, 12, 1669–1686. https://doi.org/10.2147/NDT.S65455

• Olson, L., Bishop, S., & Thurm, A. (2024). Differential Diagnosis of Autism and Other Neurodevelopmental Disorders. Pediatric Clinics of North America, 71(2), 157–177. https://doi.org/10.1016/j.pcl.2023.12.004

• Ostrowski, J., Religioni, U., Gellert, B., Sytnik-Czetwertyński, J., & Pinkas, J. (2024). Autism Spectrum Disorders: Etiology, Epidemiology, and Challenges for Public Health. Medical Science Monitor, 30. https://doi.org/10.12659/MSM.944161

• Pecora, L. A., Hancock, G. I., Hooley, M., Demmer, D. H., Attwood, T., Mesibov, G. B., & Stokes, M. A. (2020). Gender identity, sexual orientation and adverse sexual experiences in autistic females. Molecular Autism, 11(1), 57. https://doi.org/10.1186/s13229-020-00363-0

• Perkins, E. A., & Berkman, K. A. (2012). Into the Unknown: Aging with Autism Spectrum Disorders. American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities, 117(6), 478–496. https://doi.org/10.1352/1944-7558-117.6.478

• Ruggieri, V. (2022). El autismo a lo largo de la vida. Medicina (Buenos Aires), 82, 3–6. https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0025-76802022000700003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

• Ruzich, E., Allison, C., Smith, P., Watson, P., Auyeung, B., Ring, H., & Baron-Cohen, S. (2015). Measuring autistic traits in the general population: a systematic review of the Autism-Spectrum Quotient (AQ) in a nonclinical population sample of 6,900 typical adult males and females. Molecular Autism, 6(1), 2. https://doi.org/10.1186/2040-2392-6-2

• Sala, G., Pecora, L., Hooley, M., & Stokes, M. A. (2020). As Diverse as the Spectrum Itself: Trends in Sexuality, Gender and Autism. Current Developmental Disorders Reports, 7(2), 59–68. https://doi.org/10.1007/s40474-020-00190-1

• Schweizer, T., Endres, D., Dziobek, I., & Tebartz Van Elst, L. (2024). Psychosocial therapeutic approaches for high-functioning autistic adults. Frontiers in Psychiatry, 14, 1265066. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1265066

• Segundo Sánchez, J. (2018). Formación e inclusión laboral de adultos con TEA/Asperger: Potenciando sus habilidades. https://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/16724

• Shulman, C., Esler, A., Morrier, M. J., & Rice, C. E. (2020). Diagnosis of Autism Spectrum Disorder Across the Lifespan. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 29(2), 253–273. https://doi.org/10.1016/j.chc.2020.01.001

• Shulman, C., Rice, C. E., Morrier, M. J., & Esler, A. (2020). The Role of Diagnostic Instruments in Dual and Differential Diagnosis in Autism Spectrum Disorder Across the Lifespan. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 29(2), 275–299. https://doi.org/10.1016/j.chc.2020.01.002

• Talero-Gutiérrez, C., Echeverría Palacio, C. M., Sánchez Quiñones, P., Morales Rubio, G., & Vélez-van-Meerbeke, A. (2015). Trastorno del espectro autista y función ejecutiva. Acta Neurológica Colombiana, 31(3), 246–252. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-87482015000300004&lng=en&nrm=iso&tlng=es

• Torralbas-Ortega, J., Roca, J., Coelho-Martinho, R., Orozko, Z., Sanromà-Ortiz, M., & Valls-Ibáñez, V. (2023). Affectivity, sexuality, and autism spectrum disorder: qualitative analysis of the experiences of autistic young adults and their families. BMC Psychiatry, 23(1), 858. https://doi.org/10.1186/s12888-023-05380-w

• Tubío-Fungueiriño, M., Cruz, S., Sampaio, A., Carracedo, A., & Fernández-Prieto, M. (2021). Social Camouflaging in Females with Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. Journal of Autism and Developmental Disorders, 51(7), 2190–2199. https://doi.org/10.1007/s10803-020-04695-x

• Voillemont, C., Imbault, E., Schoenberger, M., & Di Patrizio, P. (2022). Care and management of adults with autism spectrum disorder in family practice: difficulties experienced by general practitioners. Family Practice, 39(3), 464–470. https://doi.org/10.1093/fampra/cmab126

• White, S. W., Mazefsky, C. A., Dichter, G. S., Chiu, P. H., Richey, J. A., & Ollendick, T. H. (2014). Social-cognitive, physiological, and neural mechanisms underlying emotion regulation impairments: understanding anxiety in autism spectrum disorder. International Journal of Developmental Neuroscience, 39(1), 22–36. https://doi.org/10.1016/j.ijdevneu.2014.05.012

• Yoshinaga, K., Egawa, J., Watanabe, Y., Kasahara, H., Sugimoto, A., & Someya, T. (2023). Usefulness of the autism spectrum quotient (AQ) in screening for autism spectrum disorder and social communication disorder. BMC Psychiatry, 23(1), 831. https://doi.org/10.1186/s12888-023-05362-y