ISSN: 0121-0319 | **eISSN:** 1794-5240

Vol. 39
n.º 1 de 2026

Médicas UIS

Salud Mental | Revisión de alcance

Intervenciones psicológicas en adultos con trastornos del espectro autista: una revisión de alcance

Psychological interventions in adults with autism spectrum disorders: a scoping review

Daniela Alejandra Torres-Hortúa[1]*; Paula Fernanda Pérez-Rivero[1]; Nancy Viviana Lemos-Ramírez[1]

[1] Universidad Pontificia Bolivariana. Bucaramanga, Colombia.
***Autora de correspondencia:** Daniela Alejandra Torres-Hortúa, Km. 7 Vía a Piedecuesta, Oficina H 303, Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga, Colombia. E-mail: danatohor@gmail.com

Historia del Artículo

Recibido: 1 de abril de 2025
Aceptado: 14 de octubre de 2025
Publicado: 24 de enero de 2026

Resumen:

Introducción: el trastorno del espectro autista es una condición del neurodesarrollo caracterizado por dificultades en la comunicación e interacción social. La evidencia en adultos es limitada. En Estados Unidos la prevalencia es 2,21 %, sin cifras claras en Colombia. **Objetivo:** analizar las intervenciones psicológicas reportadas en la literatura científica dirigidas a adultos con trastorno del espectro autista y sus principales características. **Materiales y métodos:** se realizó una revisión de alcance en PubMed, EBSCO Host, Scopus, Science Direct y Google Scholar (junio 2024). Se incluyeron ensayos clínicos y ensayos clínicos controlados; se excluyeron estudios de tratamientos médicos/farmacológicos, con resultados irrelevantes y que incumplían requisitos metodológicos. **Resultados:** se obtuvieron 27 artículos. Predominaron la terapia cognitivo-conductual y el mindfulness. Se utilizaron técnicas como meditación, respiración consciente y psicoeducación, en intervenciones grupales y presenciales. Conclusiones: los estudios evidencian beneficios de las intervenciones psicológicas. No obstante, es necesario diseñar protocolos accesibles y adaptados a estos casos.

Palabras clave: trastorno del espectro autista; adulto; psicoterapia; revisión de alcance.

¿Cómo citar este artículo? Torres-Hortúa DA, Pérez-Rivero PF, Lemos-Ramírez NV. Intervenciones psicológicas en adultos con trastornos del espectro autista: una revisión de alcance. Med. UIS. 2026;39(1):5-25. DOI: https://doi.org/10.18273/revmed.v39n1-2026002

Abstract:

Introduction: autism spectrum disorder (ASD) is a neurodevelopmental condition characterized by difficulties in communication and social interaction. Evidence in adults remains limited. In the United States, prevalence is 2.21%, while no clear figures exist for Colombia. **Objective:** to analyze psychological interventions reported in the scientific literature for adults with ASD and their main characteristics. **Materials and Methods**: a scoping review was conducted in PubMed, EBSCO Host, Scopus, Science Direct, and Google Scholar (June 2024). Clinical trials and randomized controlled trials were included, excluding medical/pharmacological treatments, irrelevant outcomes, and studies with methodological flaws. Results: twenty-seven articles were obtained. Cognitive-behavioral therapy and mindfulness predominated. Techniques such as meditation, mindful breathing and psychoeducation were applied in group, in-person interventions. **Conclusions:** studies show benefits of psychological interventions; however, accessible and tailored protocols remain necessary.

Keywords: autism spectrum disorder; adult; psychotherapy; scoping review.

Introducción

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA)[1] define el trastorno del espectro autista (TEA) como una condición del neurodesarrollo que se manifiesta con diferentes niveles de apoyo requerido, y que se caracteriza por un conjunto de particularidades en dos dominios nucleares: a) la comunicación e interacción social y b) los patrones restringidos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades. No obstante, en la actualidad, se promueve el uso de un lenguaje enmarcado en el paradigma de la neurodiversidad, que reconoce el autismo como una diferencia neurológica y no únicamente como un trastorno centrado en déficits[2, 3]. En este sentido, el espectro autista abarca una amplia diversidad de maneras de ser, comportarse, comunicarse, interactuar y procesar la información[4].

El diagnóstico de TEA se da principalmente en la infancia, incluso desde edades tempranas entre los 18-24 meses[5]. Van 't Hof *et al.*[6] reportaron que la edad promedio del diagnóstico es 60,48 meses. Sin embargo, el TEA puede permanecer sin identificar en etapas iniciales, y muchos individuos reciben un diagnóstico en la adultez[7, 8]. Esta brecha se explica, en parte, por la variabilidad de manifestaciones clínicas, la presencia de estrategias compensatorias, la falta de conocimiento especializado en profesionales de la salud y la persistencia de estereotipos que dificultan su identificación, especialmente en mujeres y personas con inteligencia promedio o superior[9, 10, 11]. Estos grupos poblacionales suelen enfrentar mayores barreras diagnósticas y, en consecuencia, tienen menos oportunidades para acceder a apoyos adecuados[12].

Precisamente, en los últimos años ha aumentado el interés por la presencia del TEA en adultos[7, 8]. Huang *et al.*[12], en una revisión sistemática, destacan un incremento en el diagnóstico de TEA en esta población[13], lo que se debería tanto a la transición de niños con TEA hacia la adultez como a diagnósticos *de novo* en esta fase del ciclo vital[14, 15]. Aunque aún no se cuenta con una cifra oficial a nivel global sobre adultos diagnosticados, se han reportado estimaciones como las del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC)[16], entidad que para el 2017 estimó una prevalencia del 2,21 % entre adultos de 18 o más años en los Estados Unidos. En Europa, cifras del Reino Unido solo indican que, en los últimos cinco a diez años, los diagnósticos de autismo en el país han aumentado significativamente (787 %), aunque hay registros entre 1998 y 2018[17]. En Colombia, no existen cifras oficiales sobre adultos con TEA, y los datos epidemiológicos disponibles se restringen en su mayoría a población infantil. Por ejemplo, García-Zambrano y Pinto-Ocampo[18] analizaron los datos del Sistema Integrado de Salud (SISPRO) e identificaron que en 2022 un total de 13 788 niños de 4 a 14 años con TEA recibieron servicios de salud en el país, lo que muestra la ausencia de registros específicos sobre diagnósticos en la adultez.

Progresivamente, más adultos se someten a una evaluación debido a los cambios recientes en el reconocimiento de la situación, los criterios de diagnóstico y las prácticas profesionales[7, 12]. Sin embargo, según Howlin[19], los avances en los resultados sociales de los adultos con autismo han

sido lentos, a pesar de los cambios significativos en su conceptualización. Este autor señala que factores como el género, la gravedad de los síntomas o el apoyo social aún no se comprenden del todo, y se reconoce la importancia de incluir las perspectivas de los adultos con TEA en la definición de lo que constituye una buena calidad de vida.

La evidencia disponible muestra que muchas personas adultas dentro del espectro autista continúan enfrentando desventajas significativas en la vida adulta[19]. Las conclusiones derivadas del metaanálisis realizado por Mason *et al.*[20] indicaron que solo alrededor del 18 % de los adultos alcanzaron resultados considerados "buenos" en aspectos clave como el empleo, las relaciones sociales y la vida independiente. Por otro lado, el 28 % obtuvo un resultado clasificado como "regular", lo que implica una relativa dependencia, aunque con algún tipo de apoyo laboral y participación en actividades sociales fuera del hogar. Finalmente, el 51 % fue calificado como "pobre", puesto que refleja mayores dificultades en estas áreas.

Estas limitaciones han impulsado un aumento significativo en el desarrollo de terapias psicológicas para adultos con autismo en las últimas décadas[21, 22]. La revisión de Spain *et al.*[23] identificó un mayor número de estudios en las intervenciones en habilidades sociales, la terapia cognitivo-conductual (TCC) y los enfoques basados en *mindfulness*, dirigidos a reducir el impacto de las características centrales del TEA, fortalecer las habilidades y mejorar los síntomas de salud mental comórbidos. Mason *et al.*[21] también señalan la presencia de pruebas alentadoras sobre la efectividad de los enfoques psicosociales, incluidos aquellos dirigidos a la cognición social, así como intervenciones enfocadas en el ámbito laboral.

A pesar de estos avances, la investigación sigue siendo limitada. De acuerdo con Spain *et al.*[23], relativamente pocos estudios han investigado la efectividad de las intervenciones psicológicas para adultos con TEA. Y, según Howlin[19], existe una carencia de estudios de intervención respaldados empíricamente; la mayoría de las investigaciones disponibles sobre intervención en salud mental para adultos con TEA presentan limitaciones importantes, como muestras reducidas, pobre identificación de técnicas específicas y dificultades para determinar los elementos esenciales de los programas multimodales[19, 24]. Bishop-Fitzpatrick *et al.*[25] encontraron que la mayoría de los estudios corresponden a casos únicos o ensayos controlados no aleatorizados. Esto ha limitado la generalización de hallazgos y, junto con las variaciones en el contenido de las intervenciones, dificultan la extracción de conclusiones sólidas sobre cómo diseñarlas de forma óptima y efectiva.

Spain *et al.*[23] señalan que investigar la eficacia de las intervenciones psicológicas en adultos con TEA es fundamental, dado que no pueden generalizarse los hallazgos de los estudios en jóvenes con TEA, y estos adultos con TEA requieren habilidades específicas para alcanzar la independencia y, además, quienes reciben un diagnóstico en la adultez suelen presentar necesidades insatisfechas y mayor riesgo de comorbilidades. A estas dificultades, se le suman múltiples barreras en el acceso a servicios de salud, como la falta de profesionales capacitados, escasa cobertura en salud mental y la invisibilización de sus necesidades en políticas públicas[26], que pueden agravar su riesgo de aislamiento, desempleo, problemas de salud mental y baja calidad de vida[19, 20, 27]. Por tanto, la investigación resulta clave para diseñar intervenciones inclusivas y efectivas, ajustadas a las necesidades de las personas adultas con TEA.

A pesar de los avances en la investigación sobre autismo, aún existe una falta de orientación clínica basada en la evidencia para la intervención psicológica en adultos con TEA. Esta carencia se refleja en la incapacidad de las investigaciones actuales para abordar con la profundidad necesaria la relevancia y especificidad del tema. La diversidad de enfoques y la escasez de pautas claras conducen a prácticas incoherentes y, en última instancia, en una eficacia limitada de las intervenciones. La revisión de Spain *et al.*[23] aportó una primera síntesis estructurada de las intervenciones psicológicas en adultos con TEA; sin embargo, se centró en intervenciones publicadas hasta 2015, por lo cual no menciona enfoques descritos en años posteriores.

En este contexto, el presente trabajo se justifica como una revisión de alcance, en tanto permite mapear la literatura existente e identificar las tendencias y diversidad de modalidades de intervención reportadas, teniendo en cuenta la escasez de información en la literatura científica. Además, la presente revisión pone especial énfasis en los estudios que han evaluado intervenciones psicológicas mediante ensayos clínicos y ensayos clínicos controlados, dado que constituyen la fuente de evidencia más robusta disponible para valorar

eficacia en esta población. Esta delimitación metodológica refuerza la pertinencia del trabajo, pues evita ambigüedad sobre el tipo de evidencia sintetizada.

En consecuencia, el objetivo de la presente revisión es analizar las intervenciones psicológicas dirigidas a adultos con TEA, evaluadas mediante ensayos clínicos y ensayos clínicos controlados, describiendo sus principales características y destacando tanto los hallazgos como las limitaciones de la literatura disponible. Este abordaje ofrece un panorama actualizado que, a diferencia de revisiones previas, integra estudios recientes, evidencia internacional y un enfoque crítico orientado a identificar brechas y necesidades futuras de investigación.

Materiales y métodos

Se llevó a cabo una revisión tipo *scoping* o revisión de alcance, la cual consiste en una síntesis de evidencia que busca identificar y mapear sistemáticamente toda la información disponible sobre un tema en particular, sin importar su fuente, ya sea investigaciones originales, revisiones o evidencia no empírica[28]. Se utilizó como referencia la guía PRISMA-ScR del 2018 para la construcción de este apartado, la cual busca estandarizar y mejorar la transparencia, exhaustividad y calidad del reporte de las revisiones de alcance, para asegurar que se comuniquen de manera clara sus métodos, conceptos, hallazgos y vacíos de investigación[29].

El protocolo de la revisión no fue registrado en plataformas como PROSPERO ni OSF, debido a que dichos registros están orientados principalmente a revisiones sistemáticas que evalúan efectos de intervenciones de manera más rigurosa. En contraste, la presente revisión corresponde a una revisión de alcance con un propósito descriptivo y exploratorio, centrada en mapear y caracterizar la evidencia disponible. No obstante, se siguieron rigurosamente los principios metodológicos de PRISMA-ScR para garantizar la calidad, transparencia y reproducibilidad del proceso.

En concordancia con estos lineamientos, se definieron criterios de inclusión y exclusión explícitos, se documentaron de manera detallada las fuentes de información y ecuaciones de búsqueda, se aplicó un proceso sistemático de selección de artículos en el que participaron dos revisores independientes con resolución de discrepancias por consenso, y se utilizó un formulario estandarizado para la extracción de datos, lo que garantizó una gestión organizada y rigurosa de la información.

Criterios para la selección de los materiales

Se realizó una búsqueda exhaustiva durante junio del 2024 en las bases de datos académicas PubMed, EBSCO Host, Scopus, Science Direct y Google Scholar, para identificar artículos basados en la evidencia que cumplieran con los criterios de inclusión mencionados a continuación:

- Los artículos son ensayos clínicos y/o ensayos clínicos controlados.
- La población son adultos diagnosticados con un trastorno del espectro autista (TEA).
- Los artículos se enfocan en intervenciones psicológicas o terapéuticas (sin importar el enfoque de la intervención).
- Son artículos en inglés o en español.

Se excluyeron estudios que se centraban exclusivamente en tratamientos médicos o farmacológicos, presentaban resultados no relevantes para la población adulta con TEA y eran diseños observacionales, revisiones, literatura gris o reportes de caso.

Proceso de selección y extracción de datos

La búsqueda, selección y extracción de información fue realizada de manera inicial por dos revisores. En caso de discrepancias, estas se resolvieron con la participación de un tercer revisor, teniendo en cuenta los criterios de búsqueda. Esta estrategia aseguró la confiabilidad de los datos extraídos.

Dado que es una revisión de alcance, con énfasis descriptivo y no evaluativo, no se utilizaron herramientas para evaluar la calidad metodológica de los estudios; sin embargo, se tuvieron en cuenta los criterios de revisión como forma de una aproximación a dicha calidad. Para garantizar una mejor claridad y estructura en la extracción y análisis de la información, se definen las variables analizadas:

- Modelo terapéutico. Corresponde al enfoque psicológico o teórico que orienta la intervención.

- Objetivos de intervención. Se refiere a las metas específicas que pretende alcanzar el tratamiento.
- Técnicas utilizadas. Incluye los métodos o procedimientos específicos aplicados durante la intervención.
- Número de sesiones. Hace referencia a la cantidad total de sesiones implementadas en el tratamiento.
- Modalidad. Indica el formato de la intervención, ya sea presencial, virtual o híbrido.
- Resultados. Describe los efectos observados o reportados al finalizar la intervención, ya sean positivos o negativos, en relación con los objetivos.

Estrategia de búsqueda

Las estrategias de búsqueda empleadas incluyen los términos de búsqueda Medical Sub-Headings [MeSH] y Descriptores en Ciencias de la Salud [DeCS] y palabras clave libres de descriptores: autistic disorder, autism, autism spectrum disorders, psychotherapy, counselling, adult, middle age. Se admitieron los idiomas español e inglés, pero la búsqueda solo arrojó resultados en inglés. No se usaron filtros por rango de tiempo para tener un mayor alcance de la literatura, sin embargo, los artículos incluidos corresponden al periodo comprendido entre 2007 y 2024. La pregunta que orientó la búsqueda fue: "¿Cuáles son las estrategias de intervención psicológica en adultos con trastorno del espectro autista reportadas en la literatura científica?". A continuación, se especifica la estrategia utilizada en cada base de datos.

PubMed

La ecuación de búsqueda en español fue: ((trastorno del espectro autista) OR (autismo)) AND (psicoterapia) AND (adulto). Se filtró por "clinical trials". No se encontraron resultados. Mientras que en inglés, se usó la siguiente ecuación de búsqueda: ((((((autistic disorder[MeSH Terms])) OR (autism[Title/Abstract])) OR ("autism spectrum disorders"[Title/Abstract])) OR (autistic[Title/Abstract])) AND (((psychotherapy[MeSH Terms]) OR (counselling[Title/Abstract])))) AND ((adult[MeSH Terms]) OR (middle age[MeSH Terms])). Se configuró la opción título/resumen [Title/Abstract], y se filtró por "clinical trials". Como resultado de la búsqueda, se encontraron 87 documentos, de los cuales 19 cumplieron con los criterios de inclusión. Un aspecto para resaltar durante la búsqueda en esta base de datos es la inclusión de un estudio de diseño de sujeto único antes y después del tratamiento[30], que, si bien no es el foco del presente documento, contiene información relevante frente a la intervención en adultos con autismo.

EBSCO Host

La ecuación de búsqueda en español fue: ((trastorno del espectro autista) OR (autismo)) AND (psicoterapia) AND (adulto). Se encontraron 2 resultados, que no cumplían con los criterios de inclusión. La ecuación de búsqueda utilizada en inglés fue: autism spectrum disorders AND (adults or adult) AND (psychological intervention or treatment). Se filtró por "publicaciones académicas arbitradas" y por materia, seleccionando "treatment". Como resultado de la búsqueda, se encontraron 83 artículos, de los cuales 7 cumplieron con los criterios de inclusión. Sin embargo, uno de estos 7 artículos también fue identificado en Pubmed, por lo que finalmente se incluyeron 6 artículos provenientes de esta base de datos.

Scopus

En español, la ecuación usada fue: trastorno del espectro autista OR autismo AND psicoterapia AND adulto. Se encontró un artículo, que no cumplía con los criterios de inclusión. En inglés, se empleó la ecuación de búsqueda: adult AND "autistic disorder" AND "psychological intervention"; adult AND "autistic disorder" AND "psychological intervention". Para la busqueda se seleccionó "Search within: Article title, Abstract, Keywords"; y, se filtró por tipo de documento "Article", e idioma "English". Como resultado de la búsqueda, se hallaron 80 documentos, de los cuales 4 cumplieron con los criterios de inclusión. No obstante, uno de estos artículos también fue encontrado en Pubmed y otro en EBSCO Host, por lo que de esta base de datos solo se incluyeron 2 artículos.

Science Direct

La búsqueda en español se realizó bajo la siguiente ecuación: *trastorno del espectro autista, autismo,*

psicoterapia, adulto. Se identificaron 17 documentos, y ninguno se ajustaba a los criterios de inclusión. La ecuación de búsqueda utilizada en inglés fue: *title, abstract, keywords: adult autistic disorder psychological intervention*. Se aplicó el filtro por "publicaciones académicas arbitradas" (en la versión actual de la base de datos es "subscribed journals"). Como resultado, se obtuvieron 141 artículos, de los cuales ninguno cumplió con los criterios de inclusión.

Google Scholar

En español, se usó la ecuación: "trastorno del espectro autista" OR "autismo" AND "psicoterapia" AND "adulto" AND "ensayo clínico". Se encontraron 120 artículos; sin embargo, ninguno cumplió con los criterios de inclusión. En inglés, se utilizó la ecuación de búsqueda: "adult" AND "autistic disorder" AND "psychological intervention". Como resultado, se hallaron 334 documentos, de los cuales ninguno cumplió con los criterios de inclusión.

Resultados

Teniendo en cuenta los criterios mencionados anteriormente, se encontraron inicialmente 865 artículos. En el primer filtro, se revisaron los artículos y se eliminaron aquellos que no eran artículos de investigación o que no cumplían con los criterios de inclusión: no eran ensayos clínicos o ensayos clínicos controlados, la población no era adulta o las intervenciones no eran psicológicas. Tras esto, se excluyeron 830 artículos, quedando 35 artículos recuperados. Posteriormente, los 35 artículos se revisaron nuevamente en un segundo filtro, con el fin de confirmar que cumplieran con los criterios de inclusión. En esta etapa, se encontró que 3 de ellos incluían población infantil y/o adolescente, 4 no eran ensayos clínicos o ensayos clínicos controlados, y uno no incluía una intervención psicológica. Finalmente, se obtuvieron 27 artículos.

La descripción anterior se elaboró con base en la guía PRISMA 2020, utilizada para revisiones que incluyen búsquedas en bases de datos y registros (ver Figura 1).

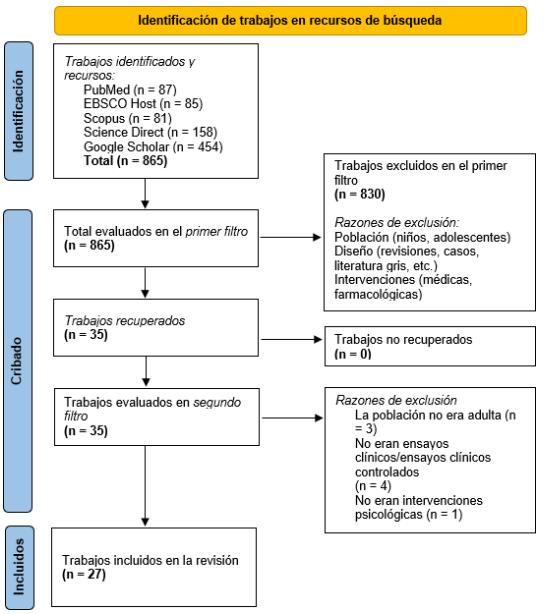

Figura 1. Diagrama de flujo de identificación de trabajos en recursos de búsqueda.
Fuente: edición y traducción propia con base en la referencia de modelo de diagrama de flujo de PRISMA[31].

Se revisó un total de 27 artículos que abordaron diversas aproximaciones terapéuticas y objetivos de intervención. Para proporcionar una visión más estructurada y detallada de los hallazgos, se resumieron las principales características de cada estudio, incluidas información sobre el año de publicación, el país de intervención, el modelo terapéutico utilizado, los objetivos de intervención, las técnicas empleadas, el número de sesiones, la modalidad de intervención y los resultados obtenidos. A continuación, se presentan los artículos incluidos/seleccionados, agrupados según el modelo terapéutico.

Tabla 1. Estudios incluidos en la revisión desde el modelo de intervención: terapia cognitiva conductual.

#	Autores	Año	País	Modelo terapéutico	Objetivos de intervención	Técnicas	Número de sesiones	Modalidad	Resultados
1	Faja *et al.*[32]	2012	Estados Unidos	TCC mediante reconocimiento de caras.	Mejorar el reconocimiento de caras y evaluar los cambios en la actividad cerebral.	N/A	5 a 8	Presencial, grupal	Mejoras en el procesamiento de caras mediante el entrenamiento. Cambios electrofisiológicos en grupo de intervención.
2	Gaigg *et al.*[33]	2020	Reino Unido	TCC TBM	Reducir los niveles de ansiedad (principal) y las dificultades de salud mental más amplias (secundario).	N/A	Ritmo propio, pero se sugirió 6-8 semanas	Virtual (con visita presencial de evaluación), individual	Disminución significativa de la ansiedad para ambos grupos, mantenida durante tres y parcialmente durante seis meses.
3	Gantman *et al.*[34]	2012	Estados Unidos	TCC mediante entrenamiento en habilidades sociales.	Mejorar las habilidades sociales, el funcionamiento social, la soledad autoinformada, la empatía y la frecuencia de reuniones sociales.	Juego de roles, ensayo conductual, tareas de socialización	14	Presencial, grupal	Reducción de soledad auto informada, mejoras en habilidades sociales, capacidad de respuesta social, empatía y frecuencia de reuniones.
4	Hesselmark *et al.*[35]	2014	Suecia	TCC Actividad recreativa	Mejorar calidad de vida, sentido de coherencia y autoestima (principal) y síntomas psiquiátricos (secundario).	Psicoeducación, entrenamiento social, establecimiento de metas, exposición, relajación. Técnicas basadas en DBT.	36	Presencial, grupal	Aumento de la calidad de vida, sin cambios en síntomas psiquiátricos, sentido de coherencia o autoestima. La TCC tuvo menor deserción y mayor autorreporte de mejora.
5	Kuroda *et al.*[36]	2022	Japón	TCC	Explorar la eficacia preliminar de un programa de TCC en la regulación emocional.	Psicoeducación, relajación, regulación emocional, exposición sistemática.	8	Presencial, grupal	Mejora en la actitud hacia el TEA, dificultades para describir sentimientos y estrategias de regulación emocional mal adaptativas.

6	Laugeson *et al.*[37]	2015	Estados Unidos	TCC mediante PEERS asistida por cuidadores.	Fortalecer las habilidades sociales generales, la capacidad de interacción, el conocimiento de estrategias sociales y el compromiso con pares.	Juego de roles, ensayo conductual, tareas de socialización.	16	Presencial, grupal	Mejoras significativas en habilidades sociales generales, frecuencia de participación social y conocimiento de habilidades sociales, mantenidas a las 16 semanas. Reducción de síntomas de TEA relacionados con la capacidad de respuesta social.
7	McVey *et al.*[38]	2016	Estados Unidos	TCC mediante PEERS.	Mejorar el conocimiento de habilidades sociales, síntomas de TEA, empatía, soledad, contactos y ansiedad sociales.	Juego de roles, ensayo conductual, tareas de socialización.	16	Presencial, grupal	Mejora en la capacidad de respuesta social, el conocimiento de PEERS, la empatía, las interacciones directas y la ansiedad social.
8	Mournet *et al.*[39]	2024	Estados Unidos	TCC	Reducir síntomas de ansiedad y depresión, regulación de las emociones, mediante un plan de seguridad emocional.	Identificación de señales advertencia y estrategias para el manejo de emociones: técnicas de relajación, activación conductual.	Ritmo propio	Virtual, individual	Reducción significativa de la ansiedad y la depresión (no replicado en todas las mediciones semanales o diarias). También una disminución de la tristeza y la agitación, sin un efecto claro sobre la ansiedad.
9	Oswald *et al.*[40]	2018	Estados Unidos	TCC mediante programa ACCESS.	Mejorar habilidades y creencias críticas para la adultez, como habilidades sociales y adaptativas, autodeterminación y autoeficacia en el afrontamiento.	Psicoeducación, reestructuración cognitiva, activación conductual.	19	Presencial, grupal	Mejoras significativas en habilidades adaptativas y de autodeterminación, según el informe de los cuidadores. Mayor creencia en su capacidad para acceder a apoyo social para afrontar el estrés.

10	Pugliese y White[30]	2014	Estados Unidos	TCC mediante un programa de habilidades de resolución de problemas.	Enseñar habilidades efectivas de resolución de problemas en estudiantes universitarios con TEA.	Psicoeducación, solución de problemas, orientación positiva hacia los problemas.	9	Presencial, grupal	Cambios positivos en la resolución de problemas y la angustia general, ya sea a nivel clínico o subclínico.
11	Russell *et al.*[41]	2020	Reino Unido	TCC de baja intensidad.	Mejorar la depresión adaptada.	Activación conductual, psicoeducación.	9	Presencial, individual	Se evidenció buen rendimiento e inicios de eficacia. Puede adaptarse exitosamente para personas con autismo.
12	Russell *et al.*[42]	2019	Reino Unido	TCC de baja intensidad.	Reducir la depresión adaptada.	Activación conductual, psicoeducación.	9	Presencial, individual	Aunque el tamaño de la muestra fue pequeño y no detectó diferencias clínicas importantes; sin embargo, hubo indicios de que la intervención podría reducir los síntomas depresivos.
13	Yang *et al.*[43]	2018	Estados Unidos	TCC apoyada en realidad virtual.	Investigar cambios neuronales y conductuales después de un entrenamiento en cognición social mediante realidad virtual.	N/A	5	Presencial (asistida por computadora), individual	Tres cambios cerebrales significativos, asociados a mejoras sociales y emocionales en TEA, incluyendo activación aumentada o reducida según el tipo de estímulo.

*N/A: no aplica. *TCC: terapia cognitivo conductual. *TBM: terapia basada en mindfulness. *PEERS: entrenamiento en habilidades sociales. *TEA: trastornos del espectro autista. *DBT: terapia dialéctica conductual.

Fuente: autores.

Tabla 2. Estudios incluidos en la revisión bajo el modelo de intervención: *mindfulness*.

#	Autores	Año	País	Modelo terapéutico	Objetivos de intervención	Técnicas	Número de sesiones	Modalidad	Resultados

14	Braden *et al.*[44]	2022	Estados Unidos	TBM mediante programa de reducción de estrés basado en *mindfulness.*	Evaluar la eficacia de MBSR para mejorar la calidad de vida relacionada con la salud en adultos con TEA.	Meditación centrada en respiración (escaneo corporal, caminar, comer y hablar conscientemente).	8	Presencial, grupal.	Mejora en la calidad de vida relacionada con la salud mental por encima de una intervención de control de apoyo/educación.
	Gaigg *et al.*[33]*	2020	Reino Unido	TCC TBM	Reducir los niveles de ansiedad (principal) y las dificultades de salud mental más amplias (secundario).	N/A	Ritmo propio, pero se sugirió terminar entre 6-8 semanas.	Virtual (con visita presencial de evaluación) , individual.	Disminución significativa de la ansiedad para ambos grupos, mantenida durante tres y parcialmente durante seis meses.
15	Pagni *et al.*[45]	2023	Estados Unidos	Terapia basada en *mindfulness* mediante programa de MBSR	Comparar una intervención MBSR con una intervención de apoyo/educación social para depresión, ansiedad, síntomas del autismo, funcionamiento ejecutivo y rasgos de *mindfulness*.	N/A	8	Presencial, grupal.	Mejoras en las habilidades de funcionamiento ejecutivo y aumento de los rasgos de *mindfulness* (MBSR). Reducción en depresión, ansiedad y síntomas autistas (ambos grupos, MBSR y educación social)
16	Pagni *et al.*[46]	2020	Estados Unidos	Terapia basada en *mindfulness* mediante programa de MBSR	Reducir depresión y ansiedad y determinar si un mecanismo de alivio de los síntomas sería el aumento de la señal dependiente del nivel de oxígeno en sangre en los centros neurales de autorreflexión.	Meditación, respiración consciente, escaneo corporal, caminar, comer y hablar conscientemente.	8	Presencial, grupal.	El grupo de MBSR demostró reducciones significativas en la depresión y un aumento en la actividad de la corteza cingulada anterior derecha durante la autorreflexión. Sin cambios significativos en la ansiedad.

* Este artículo fue enumerado como 2 en la tabla anterior, dado que utiliza ambos modelos.

17	Spek *et al.*[47]	2013	Países Bajos	TBM	Reducir los síntomas de ansiedad y depresión.	Meditación, respiración consciente escaneo corporal, caminar, comer y hablar conscientemente.	9	Presencial, grupal.	Reducción en la ansiedad, la depresión y la rumiación en el grupo de intervención. Aumento en el afecto positivo en el grupo de intervención en contraste con el grupo de control.

*N/A: No aplica. *TCC: terapia cognitivo conductual. *TBM: terapia basada en mindfulness. *MBSR: reducción de estrés basado en mindfulness.

Fuente: autores.

Tabla 3. Estudios incluidos en la revisión desde el modelo de intervención de remediación cognitiva.

#	Autores	Año	País	Modelo terapéutico	Objetivos de intervención	Técnicas	Número de sesiones	Modalidad	Resultados
18	Eack *et al.*[48]	2013	Estados Unidos	CRT mediante CET.	Mejorar el procesamiento de información social y no social en adultos con autismo.	Entrenamiento neurocognitivo, psicoeducación, socialización cognitiva.	45	Presencial, grupal.	Alta satisfacción, asistencia y retención. Mejoras significativas en los déficits cognitivos y el comportamiento social.
19	Miyajima *et al.*[49]	2016	Japón	CRT	Investigar si el uso del FEP como intervención CRT conduce a mejoras en el funcionamiento cognitivo y social de pacientes adultos con TEA.	N/A	44	Presencial, grupal	El FEP es efectivo para mejorar el funcionamiento ejecutivo deteriorado en pacientes con TEA y puede llevar a mejoras en algunos aspectos del funcionamiento social.

*N/A: No aplica. *CRT: terapia de remediación cognitiva. *CET: terapia de mejora cognitiva. *FEP: programa frontal/ejecutivo. *TEA: trastornos del espectro autista.

Fuente: autores.

Tabla 4. Estudios incluidos en la revisión realizadas bajo el modelo de intervención: terapias de tercera generación.

#	Autores	Año	País	Modelo terapéutico	Objetivos de intervención	Técnicas	Número de sesiones	Modalidad	Resultados
20	Bemmouna *et al.*[50]	2022	Francia	Terapia de tercera generación basado en DBT.	Reducir dificultades de regulación emocional en adultos TEA con conductas autolesivas y/o suicidas.	Psicoeducación, juego de roles, modelado, ejercicios de *mindfulness.*	18	Presencial y virtual, grupal e individual.	Disminución significativa en las puntuaciones medias en la escala de dificultades en la regulación emocional, lo cual indica que la DBT podría ser eficaz en reducir la desregulación emocional.
21	Pahnke *et al.*[51]	2023	Suecia	Terapia de tercera generación enfocada en ACT y neuroACT.	Mejorar el estrés percibido, la calidad de vida, síntomas de depresión, ansiedad y problemas de sueño y variables relacionadas con ACT (inflexibilidad, fusión y evitación cognitiva).	Psicoeducación, defusión cognitiva, aceptación, ejercicios de *mindfulness.*	14	Presencial, grupal	Mejora significativa en el estrés percibido y la calidad de vida, junto con la inflexibilidad psicológica, la fusión cognitiva, la evitación cognitiva y conductual y el manierismo autista.

*DBT: terapia dialéctica conductual. *ACT: aceptación y compromiso. *TEA: trastornos del espectro autista.

Fuente: autores.

Tabla 5. Estudios incluidos en la revisión realizadas bajo otros modelos de intervención.

#	Autores	Año	País	Modelo terapéutico	Objetivos de intervención	Técnicas	Número de sesiones	Modalidad	Resultados
22	Boso *et al.*[52]	2007	Italia	Musicoterapia.	Mejorar el perfil conductual y las habilidades musicales de adultos jóvenes afectados por autismo severo.	N/A	52	Presencial, grupal	Los datos sugieren mejoras en los síntomas autistas y las habilidades musicales en adultos jóvenes con autismo severo.
23	Koehne *et al.*[53]	2016	Alemania	SIDMI.	Fomentar la inferencia emocional	N/A	10	Presencial, grupal	Mejoras significativas en la inferencia emocional,

					y los sentimientos empáticos (reacción emocional a los sentimientos de los demás)				en comparación con aquellos tratados en el CMI. Aumentó habilidades de sincronización, imitación y reciprocidad de movimiento en comparación con CMI.
24	Lobregt-van Buuren *et al.*[54]	2019	Países Bajos	EMDR.	Reducir los síntomas de estrés postraumático, la gravedad del malestar psicológico y las características autistas.	N/A	8	Presencial, individual.	Reducción significativa y mantenida de síntomas de estrés postraumático, malestar psicológico y características autistas.
25	Oshima *et al.*[55]	2021	Japón	Terapia integrativa mediante ST.	Mejorar esquemas mal adaptativos tempranos y modos esquemáticos, así como consiguientes mejoras en la calidad de vida y la adaptación social.	N/A	25	Presencial, grupal	Reducción significativa en los esquemas mal adaptativos tempranos y mejoras en la calidad de vida y la adaptación social.
26	Rosenblau *et al.*[56]	2020	Alemania	SCOTT.	Evaluar los efectos de SCOTT sobre la plasticidad neural tanto en la estructura como en la función cerebral de adultos con TEA.	Reconocimiento de la expresión facial, reconocimiento de la prosodia emocional.	12 semanas de entrenamiento, la intervención tiene ritmo propio.	Virtual (2 visitas presenciales de evaluación), individual	Mejoras sociocognitivas en tareas de generalización cercanas y distantes. Mejoras correlacionadas con reducciones en la actividad funcional y aumentos en el grosor cortical en las regiones prefrontales.
27	Wijker *et al.*[57]	2020	Países Bajos	TAA.	Reducir el estrés percibido y síntomas comórbidos en el TEA.	N/A	10	Presencial, individual.	Reducción del estrés percibido, síntomas de agorafobia y depresivos.

									Reducción de los impedimentos en la respuesta social, según lo evaluado por círculo social.

*N/A: No aplica. *DBT: terapia dialéctica conductual. *CMI: grupo de movimiento control. *ACT: aceptación y compromiso. *SIMID: terapia de danza/movimiento basado en la imitación y la sincronización. *EMDR: terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares. *SCOTT: entrenamiento sociocognitivo basado en computadora y ecológicamente válido. *ST: terapia de esquemas. *TAA: terapia asistida con animales. *TEA: trastornos del espectro autista.

Fuente: autores.

Entre los modelos terapéuticos identificados, la terapia cognitivo conductual destaca como la más utilizada al estar presente en trece estudios[30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43]. El *mindfulness* aparece en cinco artículos[44, 45, 46, 47, 55]. Seguidamente, está la remediación cognitiva en dos estudios[48, 49]; la terapia de tercera generación, en dos artículos: dialéctica conductual (DBT) en uno[50]y aceptación y compromiso (ACT) en otro[51]. Mientras que la musicoterapia[52], la danza/movimiento[53], la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR)[54], la terapia integrativa o terapia de esquemas[55], el entrenamiento sociocognitivo basado en computadora y ecológicamente válido (SCOTT)[56] y la terapia asistida con animales (TAA)[57] se emplearon cada una en un estudio. Se destaca que uno de los artículos utilizó tanto el modelo de TCC como el *mindfulness*[33]. Para sintetizar lo anterior, se presenta la figura 2.

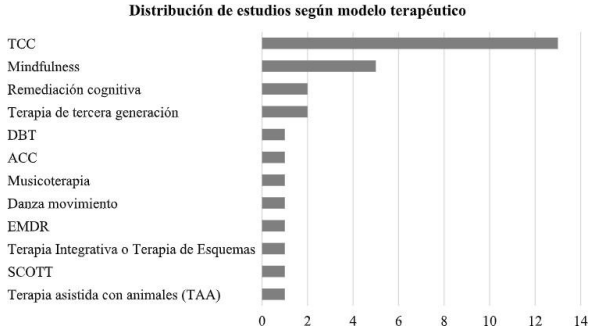

Figura 2. Distribución de estudios según modelo terapéutico.
Fuente: autores.

Los objetivos de intervención variaron considerablemente entre los estudios. En general, la mayoría se centraron en la reducción de síntomas comórbidos como ansiedad, depresión y estrés, especialmente en estudios de TCC, *mindfulness* y terapia de tercera generación. El desarrollo de habilidades sociales fue el siguiente objetivo prominente en estudios de TCC. Otros objetivos incluyen la mejora del funcionamiento cognitivo y social, en estudios de remediación cognitiva. Igualmente, algunos objetivos comunes comprendieron la mejora en la calidad de vida y el aumento de la regulación emocional.

En cuanto a las técnicas terapéuticas, se emplearon una variedad de métodos. La meditación y la respiración consciente fueron comunes en los estudios de *mindfulness*. La psicoeducación apareció frecuentemente en TCC y remediación cognitiva. Las técnicas de relajación y regulación emocional se utilizaron en TCC y tercera generación (DBT, ACT), mientras que la exposición sistemática se aplicó en TCC y EMDR. En la intervención de danza/movimiento se destacaron técnicas de imitación y sincronización, y en los estudios de remediación cognitiva se emplearon técnicas de entrenamiento neurocognitivo. Es importante resaltar que gran parte de los artículos no describen en específico las técnicas utilizadas en la intervención, por lo que solo se destacan aquellas que fueron precisadas en los estudios.

El número de sesiones varió ampliamente entre los estudios, con intervenciones que oscilan entre 5 y 52 sesiones. Las intervenciones basadas en TCC incluyeron intervenciones tanto breves, de alrededor de nueve sesiones, como más extensas: hasta 36 sesiones. Las terapias basadas en *mindfulness* variaron entre 8 y 10 sesiones. Las intervenciones de remediación cognitiva fueron las más extensas: hasta 44 o 52 sesiones. Las terapias de tercera generación utilizaron entre 14 y 18 sesiones. Las intervenciones virtuales no especificaron un número fijo de sesiones debido a su naturaleza flexible y autodirigida, no obstante, se sugirió a los participantes llevar a cabo los programas en plazos de 6 a 8 semanas. Tanto las intervenciones breves como las más extensas se distribuyen entre diferentes tipos de terapias, adaptándose a los objetivos específicos y a las necesidades individuales de los participantes.

Las modalidades de implementación también fueron diversas. La modalidad presencial y grupal fue la más empleada en la mayoría de los estudios; aparece en 18 artículos. Seguidamente, se encuentran las intervenciones llevadas a cabo de manera presencial e individual, utilizadas en 4 estudios. Hubo una intervención presencial e individual, asistida por computadora apoyada en realidad virtual. También se exploraron 3 intervenciones virtuales e individuales, generalmente mediante programas autoguiados en línea desde casa; así como una intervención que se realizó tanto de manera presencial como virtual, y tanto grupal como individual.

Los resultados de los estudios mostraron mejoras significativas en varios aspectos de la vida de los participantes. En estudios de TCC y *mindfulness*, los artículos revisados muestran una reducción significativa de los niveles de ansiedad, depresión y

rumiación tras su aplicación[33, 45, 47]. Los entrenamientos en habilidades sociales demostraron aumentarlas. Los estudios de remediación cognitiva mostraron mejoras en el funcionamiento ejecutivo y social, además de cambios positivos en la actividad cerebral. La eficacia de terapias específicas como EMDR, tercera generación (DBT, ACT), TAA, musicoterapia, danza/movimiento, terapia integrativa (terapia de esquemas) y entrenamiento SCOTT también fue demostrada. EMDR mostró reducción en síntomas de estrés postraumático y malestar psicológico; DBT fue eficaz en reducir dificultades de regulación emocional y síntomas depresivos, mientras que ACT mejoró el estrés percibido y la calidad de vida. La TAA logró reducir el estrés percibido y los síntomas de agorafobia. La musicoterapia mejoró habilidades musicales y síntomas autistas, la danza/movimiento promovió inferencia emocional, la terapia integrativa (esquemas) mejoró esquemas maladaptativos y la calidad de vida y el entrenamiento SCOTT logró mejoras sociocognitivas en tareas de generalización cercanas y distantes.

Se destaca que los 27 estudios revisados demuestran que diversos enfoques terapéuticos pueden ser efectivos y viables para intervenir adultos con TEA. La TCC y el *mindfulness* son los modelos más frecuentemente investigados y mostraron resultados positivos en la reducción de ansiedad y depresión. Las técnicas como la meditación, la psicoeducación, la relajación y la regulación emocional se utilizaron comúnmente en estas intervenciones. Las modalidades de implementación fueron principalmente presenciales y grupales, aunque también se exploraron intervenciones virtuales. Los resultados subrayan la importancia de adaptar las intervenciones a las necesidades individuales y destacan el potencial de diferentes modelos terapéuticos para abordar las diversas dificultades asociadas con el TEA.

Discusión

La evidencia sintetizada en esta revisión confirma que la TCC y las intervenciones basadas en *mindfulness* constituyen los enfoques más investigados para adultos con TEA. En el caso de la TCC, los resultados coinciden con la literatura que respalda su eficacia en poblaciones clínicas diversas, lo cual sugiere que las adaptaciones realizadas para adultos con TEA no solo mantienen su validez, sino que también contribuyen a aumentar la adherencia al tratamiento y favorecen el aprendizaje de habilidades específicas[23, 35, 42]. La TCC, adaptada a las necesidades de los adultos en el espectro, ha mostrado efectos positivos en la regulación emocional, la actitud de los participantes hacia el diagnóstico y la disminución de síntomas depresivos y estrategias desadaptativas de regulación de las emociones[36, 41, 42, 55]. Estas adaptaciones, por ejemplo en el lenguaje o en la estructuración de las sesiones, ponen de relieve la importancia de ajustar las intervenciones a los estilos cognitivos particulares de esta población, lo cual tiene implicaciones para el diseño de programas terapéuticos más inclusivos y sostenibles.

Por otro lado, diversos estudios han mostrado que las intervenciones basadas en *mindfulness* producen efectos positivos en la regulación de la ansiedad, la depresión y la rumiación en adultos[23], además de cambios neurofuncionales vinculados con la autorreflexión y la disminución de síntomas depresivos[46]. Estos hallazgos resultan especialmente relevantes en el abordaje de adultos con TEA, dado que sugieren la posibilidad de promover habilidades de autoconciencia y autorregulación emocional que suelen estar menos consideradas en los modelos terapéuticos tradicionales[47]. No obstante, persiste la necesidad de examinar en qué medida dichas habilidades pueden generalizarse a la vida cotidiana, así como de esclarecer los mecanismos neurocognitivos implicados. Abordar estas cuestiones podría ampliar las estrategias clínicas disponibles y contribuir al diseño de intervenciones más ajustadas a las necesidades específicas de este grupo poblacional.

Por otro lado, la mayoría de los estudios revisados implementaron intervenciones grupales, las cuales resultan especialmente útiles al facilitar la interacción social, favorecer el desarrollo de habilidades sociales y permitir atender a un mayor número de personas de manera eficiente en términos de tiempo y recursos[23, 58, 59]. No obstante, es importante reconocer que para muchos adultos con TEA las dinámicas grupales pueden generar niveles significativos de ansiedad, lo que limita su participación plena. Por tanto, también es importante reconocer la relevancia de las intervenciones individualizadas, que facilitan un espacio seguro para abordar inquietudes personales y brindar psicoeducación adaptada a las necesidades específicas del paciente[58]. En este

sentido, sería razonable plantear que un enfoque mixto que integre los beneficios de la interacción social de las intervenciones grupales con la atención personalizada de las intervenciones individuales podría constituir una alternativa más integral y eficaz.

De hecho, uno de los estudios revisados[50] implementó un procedimiento de este tipo: en la fase previa al tratamiento se trabajaron individualmente las barreras relacionadas con la ansiedad social mediante psicoeducación y resolución de problemas, lo que facilitó posteriormente la participación en el grupo de entrenamiento en habilidades. Además, durante las sesiones grupales se incluyeron estrategias para normalizar y manejar la ansiedad de los participantes, como actividades colectivas de autorreporte anónimo de síntomas. Este ejemplo muestra que integrar espacios individuales y grupales no solo potencia la adherencia y la efectividad del tratamiento, sino que también plantea la necesidad de profundizar en modelos híbridos que atiendan la heterogeneidad del espectro autista. El desarrollo de este tipo de enfoques podría contribuir a establecer modalidades de intervención más flexibles y adaptadas a las diversas necesidades de esta población.

En cuanto a condiciones individuales se refiere, se observa que la mayoría de los individuos que fueron intervenidos en los artículos incluidos para la realización de esta revisión eran personas con un autismo de alto funcionamiento y sin discapacidades intelectuales. Esto refleja una limitación metodológica y ética, pues deja en segundo plano a aquellos con mayores necesidades de apoyo, quienes paradójicamente enfrentan más barreras para acceder a intervenciones efectivas y necesitan mejores equipos de especialistas que les brinden apoyo en salud mental[60]. El sesgo en la selección de participantes restringe la aplicabilidad de los hallazgos y plantea un reto pendiente: desarrollar modelos de atención adaptados también a personas con discapacidad intelectual significativa. Ello permitiría ampliar la equidad en la provisión de servicios en salud mental.

Por otro lado, se considera que la inclusión de terapias no convencionales, como aquellas que involucran animales o entornos virtuales, ofrece un mayor panorama de intervenciones que pueden cubrir necesidades en esta población. Aun cuando estas terapias puedan ser altamente efectivas y brindar nuevas ideas y atenciones a las intervenciones, se configuran como de difícil replicación en cuanto a la accesibilidad y generalización en contextos más simples; por ejemplo, las terapias de intervención con animales no han sido reguladas a nivel mundial, y para estas se debe considerar los costos, la formación académica y el bienestar de los participantes, incluidos pacientes, profesionales de la salud mental, animales y cuidadores de animales[57]. Esto indica que su desarrollo puede significar una mayor inversión económica e incluso una posible financiación de otros entes capacitados.

Finalmente, la revisión identificó una limitación importante en los estudios incluidos: la escasa especificidad en la presentación de los protocolos y la insuficiente descripción de los procedimientos. Estas carencias dificultan la comprensión detallada de las intervenciones realizadas y limita su posible replicabilidad en otros contextos clínicos[61]. Los aspectos deficientemente reportados incluyen: (1) adaptaciones específicas realizadas a los protocolos estándar, (2) características relevantes del procedimiento de intervención, (3) criterios y plazos de seguimiento que permitan evaluar la sostenibilidad de los efectos y (4) evaluación de resultados más allá de la reducción sintomática. Este último punto resulta importante, pues un enfoque neuroafirmativo y contemporáneo de la psicología del TEA promueve valorar indicadores de bienestar subjetivo, autodeterminación y calidad de vida, además de la mera disminución de síntomas.

La falta de reportes completos y transparentes sobre los resultados de los ensayos clínicos también afecta la posibilidad de sintetizar el conocimiento y obstaculiza el desarrollo de evidencia confiable para la toma de decisiones por parte de clínicos[61]. Asimismo, se dificulta la posibilidad de realizar comparaciones sistemáticas y de integrar los hallazgos en revisiones o metaanálisis rigurosos. Por ello, es fundamental que las futuras investigaciones proporcionen descripciones estructuradas y exhaustivas de las intervenciones realizadas, lo cual fortalecería la validez del conocimiento generado y facilitaría su replicabilidad.

En conclusión, los hallazgos revisados refuerzan el potencial de la TCC y el *mindfulness* para adultos con TEA, pero también ponen de relieve vacíos significativos en la investigación actual. Para

avanzar hacia una práctica clínica más integral y coherente con los principios de la neurodiversidad, es fundamental que los futuros estudios prioricen el reporte detallado de protocolos, amplíen el espectro de participantes incluidos y consideren objetivos de intervención centrados en el bienestar y la autodeterminación, de manera que sea posible generar evidencia sólida que respalde intervenciones verdaderamente inclusivas y adaptadas a la diversidad de necesidades de esta población.

Conclusiones

La revisión de la literatura revela que la terapia cognitivo conductual y el *mindfulness* emergen como enfoques predominantes en la intervención de síntomas emocionales y comórbidos, como la ansiedad, la depresión y el estrés; mientras que el entrenamiento en resolución de problemas permite mejorar la transición a la adultez y facilitar la vida de los adultos con autismo. A pesar de que el interés por esta problemática parece aumentar con el tiempo, las limitaciones en su investigación e intervención aún persisten. La falta de sistematización y de presentación de protocolos detallados dificulta la replicabilidad de las intervenciones, lo que indica la necesidad de enfoques más rigurosos basados en la evidencia. Igualmente, existe una brecha en las intervenciones de adultos con TEA que cuentan con algún tipo de dificultad intelectual, pues la mayoría de los estudios se centran en adultos con autismo de alto funcionamiento. En este sentido, resulta fundamental que las intervenciones no se limiten únicamente a la reducción de síntomas, sino que también promuevan objetivos centrados en el bienestar, la autodeterminación, el empoderamiento y la calidad de vida. Estos enfoques, en coherencia con una perspectiva neuroafirmativa, permiten reconocer la diversidad de necesidades dentro del espectro autista y, a su vez, proporcionan pautas claras para su aplicación ajustadas a las características individuales y a las metas significativas para cada consultante.

Contribuciones de los autores

Daniela Alejandra Torres Hortúa realizó aportes sustanciales en la conceptualización del estudio, el diseño metodológico, la búsqueda de literatura y la ejecución de la revisión sistemática, de igual manera, contribuyó en la preparación, análisis e interpretación de los datos, así como en la redacción inicial del manuscrito, su revisión crítica y edición final. Paula Fernanda Pérez Rivero contribuyó de manera significativa en la definición del marco conceptual y teórico, el diseño metodológico, la validación de los procedimientos, la redacción de secciones del texto y la revisión integral del contenido. Nancy Viviana Lemos Ramírez participó activamente en la estructuración metodológica, la validación del estudio, la supervisión académica y técnica del proceso investigativo, y en la edición y revisión final del manuscrito. Todas las autoras revisaron y aprobaron la versión definitiva del documento, asumiendo responsabilidad por su contenido y garantizando la integridad de la investigación.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias bibliográficas

1. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V). 5th ed. Madrid:Médica Panamericana; 2014.
2. Arboleda V, Betancur M, Carmona V, Pinilla L. Modelo médico-clínico y paradigma de la neurodiversidad: la importancia de una mirada integradora para comprender el autismo. Ciencia Latina: Revista Multidisciplinar. 2024;8(2):3468-3484.
3. Cruz M, Sandín M. Neurodiversidad, discapacidad y enfoque social: una reflexión teórica y crítica. Revista Española de Discapacidad. 2024;12(1):213-222.
4. Alcalá G, Ochoa M. Trastorno del espectro autista (TEA). RevFacMed. 2022;65(1):7-20.
5. Gutiérrez K. Identificación temprana de trastornos del espectro autista. Acta Neurol Colomb. 2016;32(3):238-247.
6. Van 't Hof M, Tisseur C, van Berckelear-Onnes I, van Nieuwenhuyzen AD, Daniels AM, Deen M, et al. Age at autism spectrum disorder diagnosis: A systematic review and meta-analysis from 2012 to 2019. Autism. 2021;25(4):862-873.
7. Lai M, Baron S. Identifying the lost generation of adults with autism spectrum conditions. Lancet Psychiatry. 2015;2(11):1013-1027.

8. Murphy C, Wilson CE, Robertson DM, Ecker C, Daly EM, Hammond N, et al. Autism spectrum disorder in adults: diagnosis, management, and health services development. Neuropsychiatr Dis Treat. 2016;12:1669-1686.
9. Russell A, McFayden T, McAllister M, Liles K, Bittner S, Strang J, et al. Who, when, where, and why: A systematic review of "late diagnosis" in autism. Autism Res. 2025;18:22-36.
10. Lupindo B, Maw A, Shabalala N. Late diagnosis of autism: exploring experiences of males diagnosed with autism in adulthood. Curr Psychol. 2022:1-17.
11. García MI, Navarro E, Martínez A, Ropero C, Roman P, Rodríguez M. Experiences of Females With Late Diagnosis of Autism: Descriptive Qualitative Study. Nurs Res. 2025;74(4):288-293.
12. Huang Y, Arnold SR, Foley KR, Trollor N. Diagnosis of autism in adulthood: A scoping review. Autism. 2020;24(6):1311-1327.
13. Jensen CM, Steinhausen HC, Lauritsen M. Time trends over 16 years in incidence-rates of autism spectrum disorders across the lifespan based on nationwide Danish register data. J Autism Dev Disord. 2014;44(8):1808-1818.
14. Robison JE. Autism prevalence and outcomes in older adults. Autism Res. 2019;12(3):370-374.
15. Brugha T, McManus S, Bankart J, Scott F, Purdon S, Smith J, et al. Epidemiology of Autism Spectrum Disorders in Adults in the Community in England. Arch Gen Psychiatry. 2011;68(5):459-465.
16. Dietz PM, Rose CE, McArthur D, Maenner M. National and State Estimates of Adults with Autism Spectrum Disorder. J Autism Dev Disord. 2020;50(12):4258-4266.
17. Priory Group [Internet]. Reino Unido: Priory Group; 2025. Autism statistics 2025; 2025 [citado 13 ago 2025]. Disponible en: https://www.priorygroup.com/mental-health/autism/autism-statistics
18. García S, Pinto R. How Many Autistic Children are there in Colombia? A Nationwide Examination of Autism Through Health System Data. J Autism Dev Disord. 2024;98.
19. Howlin P. Adults with Autism: Changes in Understanding Since DSM-111. J Autism Dev Disord. 2021;51(12):4291-4308.
20. Mason D, Capp SJ, Stewart GR, Kempton M, Glaser K, Howlin P, et al. A Meta-analysis of Outcome Studies of Autistic Adults: Quantifying Effect Size, Quality, and Meta-regression. J Autism Dev Disord. 2021;51(9):3165-3179.
21. Mason D, Stark E, Musich F, Spain D. Experiences of Psychological Therapy as an Autistic Person. In: Spain D, Musich FM, White SW, editors. Psychological therapies for adults with autism. Oxford, Reino Unido: Oxford University Press; 2022. p. 6-17.
22. White SW, Simmons GL, Gotham KO, Conner CM, Smith IC, Beck KB, et al. Psychosocial Treatments Targeting Anxiety and Depression in Adolescents and Adults on the Autism Spectrum: Review of the Latest Research and Recommended Future Directions. Curr Psychiatry Rep. 2018;20(10):82.
23. Spain D, Harwood L, O'Neill L. Psychological interventions for adults with autism spectrum disorders: a review. Adv Autism. 2015;1(2):79-86.
24. Blainey SH, Rumball F, Mercer L, Evans LJ, Beck A. An evaluation of the effectiveness of psychological therapy in reducing general psychological distress for adults with autism spectrum conditions and comorbid mental health problems. Clin Psychol Psychother. 2017;24(6):O1474-O1484.
25. Bishop-Fitzpatrick L, Minshew NJ, Eack SM. A systematic review of psychosocial interventions for adults with autism spectrum disorders. J Autism Dev Disord. 2013;43(3):687-94.
26. David N, Rahlff P, König H, Dückert S, Gewohn P, Erik F, et al. Barriers to healthcare predict reduced health-related quality of life in autistic adults without intellectual disability. Autism. 2025;29(2):476-489.
27. Moseley RL, Turner-Cobb JM, Spahr CM, Shields GS, Slavich GM. Lifetime and perceived stress, social support, loneliness, and health in autistic adults. Health Psychol. 2021;40(8):556-568.
28. Munn Z, Pollock D, Khalil H, Alexander L, Mclnerney P, Godfrey CM, et al. What are scoping reviews? Providing a formal definition of scoping reviews as a type of evidence synthesis. JBI Evid Synth. 2022;20(4):950-952.
29. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. Ann Intern Med. 2018;169(7):467-473.
30. Pugliese CE, White SW. Problem solving therapy in college students with autism spectrum disorders: feasibility and preliminary efficacy. J Autism Dev Disord. 2014;44(3):719-729.
31. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA). PRISMA

statement [Internet]. Oxford (UK): University of Oxford; 2024 [citado 2024 Jul 12]. Disponible en: https://www.prisma-statement.org/prisma-2020-flow-diagram

32. Faja S, Webb SJ, Jones E, Merkle K, Kamara D, Bavaro J, et al. Effects of face expertise training on behavioral performance and brain activity of adults with high-functioning autism spectrum disorders. J Autism Dev Disord. 2012;42(2):278-293.
33. Gaigg S, Flaxman P, McLaven G, Shah R, Bowler DM, Meyer B, et al. Self-guided mindfulness and cognitive behavioural practices reduce anxiety in autistic adults: a pilot 8-month waitlist-controlled trial of widely available online tools. Autism. 2020;24(4):867-883.
34. Gantman A, Kapp SK, Orenski K, Laugeson EA. Social skills training for young adults with high-functioning autism spectrum disorders: a randomized controlled pilot study. J Autism Dev Disord. 2012;42(6):1094-1103.
35. Hesselmark E, Plenty S, Bejerot S. Group cognitive behavioural therapy and group recreational activity for adults with autism spectrum disorders: a preliminary randomized controlled trial. Autism. 2014;18(6):672-683.
36. Kuroda M, Kawakubo Y, Kamio Y, Yamasue H, Kono T, Nonaka M, et al. Preliminary efficacy of cognitive-behavioral therapy on emotion regulation in adults with autism spectrum disorder: A pilot randomized waitlist-controlled study. PLoS One. 2022;17(11):e0277398.
37. Laugeson EA, Gantman A, Kapp SK, Orenski K, Ellingsen R. A Randomized Controlled Trial to Improve Social Skills in Young Adults with Autism Spectrum Disorder: The UCLA PEERS(®) Program. J Autism Dev Disord. 2015;45(12):3978-3989.
38. McVey AJ, Dolan BK, Willar KS, Pleiss S, Karst JS, Casnar CL, et al. A Replication and Extension of the PEERS® for Young Adults Social Skills Intervention: Examining Effects on Social Skills and Social Anxiety in Young Adults with Autism Spectrum Disorder. J Autism Dev Disord. 2016;46(12):3739-3754.
39. Mournet A, Gunin G, Shinall J, Brennan E, Jadav N, Istvan E, et al. The impact of measurement on clinical trials: Comparison of preliminary outcomes of a brief mobile intervention for autistic adults using multiple measurement approaches. Autism Res. 2024;17(2):432-442.
40. Oswald T, Winder B, Ruder S, Xing G, Stahmer A, Solomon M. A Pilot Randomized Controlled Trial of the ACCESS Program: A Group Intervention to Improve Social, Adaptive Functioning, Stress Coping, and Self-Determination Outcomes in Young Adults with Autism Spectrum Disorder. J Autism Dev Disord. 2018;48(5):1742-1760.
41. Russell A, Gaunt DM, Cooper K, Barton S, Horwood J, Kessler D, et al. The feasibility of low-intensity psychological therapy for depression co-occurring with autism in adults: The Autism Depression Trial (ADEPT) - a pilot randomized controlled trial. Autism. 2020;24(6):1360-1372.
42. Russell A, Gaunt D, Cooper K, Horwood J, Barton S, Ensum I, et al. Guided self-help for depression in autistic adults: the ADEPT feasibility RCT. Health Technol Assess. 2019;23(68):1-94.
43. Yang YJ, Allen T, Abdullahi SM, Pelphrey KA, Volkmar FR, Chapman SB. Neural mechanisms of behavioral change in young adults with high-functioning autism receiving virtual reality social cognition training: A pilot study. Autism Res. 2018;11(5):713-725.
44. Braden B, Pagni B, Monahan L, Walsh M, Dixon M, Delaney S, et al. Quality of life in adults with autism spectrum disorder: influence of age, sex, and a controlled, randomized mindfulness-based stress reduction pilot intervention. Qual Life Res. 2022;31(5):1427-1440.
45. Pagni BA, Hill E, Walsh MJ, Delaney S, Ogbeama D, Monahan L, et al. Distinct and shared therapeutic neural mechanisms of mindfulness-based and social support stress reduction groups in adults with autism spectrum disorder. J Psychiatry Neurosci. 2023;48(2):E102-E114.
46. Pagni BA, Walsh MJ, Foldes E, Sebren A, Dixon MV, Guerithault N, et al. The neural correlates of mindfulness-induced depression reduction in adults with autism spectrum disorder: A pilot study. J Neurosci Res. 2020;98(6):1150–1161.
47. Spek AA, van Ham NC, Nyklíček I. Mindfulness-based therapy in adults with an autism spectrum disorder: A randomized controlled trial. Res Dev Disabil. 2013;34(1):246–253.
48. Eack SM, Greenwald DP, Hogarty SS, Bahorik AL, Litschge MY, Mazefsky CA, et al. Cognitive Enhancement Therapy for Adults with Autism Spectrum Disorder: Results of an 18-month Feasibility Study. J Autism Dev Disord. 2013;43(12):2866–2877.

49. Miyajima M, Omiya H, Yamashita K, Miyata T, Yambe K, Matsui M, et al. Effects of cognitive remediation therapy using the frontal/executive program for autism spectrum disorder. Int J Psychiatry Med. 2016;51(3):223-235.
50. Bemmouna D, Coutelle R, Weibel S, Weiner L. Feasibility, Acceptability and preliminary efficacy of dialectical behavior therapy for autistic adults without intellectual disability: A mixed methods study. J Autism Dev Disord. 2022;52(10):4337-4354.
51. Pahnke J, Jansson-Fröjmark M, Andersson G, Bjureberg J, Jokinen J, Bohman B, et al. Acceptance and commitment therapy for autistic adults: A randomized controlled pilot study in a psychiatric outpatient setting. Autism. 2023;27(5):1461-1476.
52. Boso M, Emanuele E, Minazzi V, Abbamonte M, Politi P. Effect of long-term interactive music therapy on behavior profile and musical skills in young adults with severe autism. J Altern Complement Med. 2007;13(7):709-12.
53. Koehne S, Behrends A, Fairhurst MT, Dziobek I. Fostering social cognition through an imitation- and synchronization-based dance/movement intervention in adults with autism spectrum disorder: A controlled proof-of-concept study. Psychother Psychosom. 2016;85(1):27-35.
54. Lobregt-van Buuren E, Sizoo B, Mevissen L, de Jongh A. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy as a feasible and potential effective treatment for adults with autism spectrum disorder (ASD) and a history of adverse events. J Autism Dev Disord. 2019;49(1):151-164.
55. Oshima F, Murata T, Ohtani T, Seto M, Shimizu E. A preliminary study of schema therapy for young adults with high-functioning autism spectrum disorder: a single-arm, uncontrolled trial. BMC Res Notes. 2021;14(1):158.
56. Rosenblau G, O' Connell G. Heekeren HR, Dziobek I. Neurobiological mechanisms of social cognition treatment in high-functioning adults with autism spectrum disorder. Psychol Med. 2019;50(14):2374-2384.
57. Wijker C, Leontjevas R, Spek A, Enders-Slegers MJ. Effects of Dog Assisted Therapy for Adults with Autism Spectrum Disorder: An Exploratory Randomized Controlled Trial. J Autism Dev Disord. 2020;50:2153-2163.
58. Spain D, O'Neill L, Harwood L, Chaplin E. Psychological interventions for adults with ASD: clinical approaches. Adv Autism. 2016;2(1):24-30.
59. Atkinson-Jones K, Hewitt O. Do group interventions help people with autism spectrum disorder to develop better relationships with others? A critical review of the literature. Br. J. Learn. Disabil. 2018;47(2):77-90.
60. Cooper K, Loades ME, Russell A. Adapting psychological therapies for autism. Res Autism Spectr Disord. 2018;45:43-50.
61. Butcher NJ, Mew EJ, Monsour A, Chan A, Chan AW, Moher D, et al. Outcome reporting recommendations for clinical trial protocols and reports: a scoping review. Trials. 2020;21(1):620.