UNIDA Salud
health journal
e-ISSN: 2791-2728

Publicación periódica de acceso abierto, financiada y editada por la Universidad de la Integración de las Américas

https://doi.org/10.69940/sld.20251201

Artículo original

El Trastorno del Espectro Autista en la vejez: avances clínicos, sociales y científicos para una población invisible

Autism Spectrum Disorder in old age: clinical, social, and scientific advances for an invisible population

Rodrigo Wilton dos Santos[1], **Karina Cristaldo**[1]

[1] Universidad de la Integración de las Américas (UNIDA), Carrera de Medicina. Filial Ciudad del Este, Paraguay.

RESUMEN

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) ha sido históricamente abordado desde una perspectiva centrada en la infancia, lo que ha provocado la invisibilización de una población creciente: las personas mayores con TEA. Esta omisión ha tenido importantes consecuencias clínicas, sociales y éticas, y requiere una revisión crítica e interdisciplinaria que visibilice las particularidades del envejecimiento en esta población. Es fundamental identificar las brechas en el conocimiento y promover enfoques más inclusivos y adaptados a la diversidad neurológica. El análisis se organiza en tres ejes fundamentales: clínico, científico y social. Desde el enfoque clínico, se destacan las dificultades en el acceso al diagnóstico adecuado, especialmente en quienes crecieron en contextos donde el TEA era poco comprendido. Los instrumentos diagnósticos actuales presentan limitaciones para la población geriátrica, lo que contribuye a diagnósticos tardíos y, en consecuencia, a una falta de acceso a intervenciones adecuadas. Además, la presencia de comorbilidades como diabetes, enfermedades cardiovasculares y trastornos psiquiátricos complica la atención médica y resalta la necesidad de una formación adecuada en geriatría neurodivergente. En el ámbito científico, se han logrado avances significativos en el estudio de la genética, la neurobiología y los procesos de envejecimiento en personas con TEA. Se ha identificado un envejecimiento celular acelerado y una mayor susceptibilidad a enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer y el Parkinson. Estas investigaciones abren nuevas posibilidades para el desarrollo de tratamientos personalizados y estrategias preventivas. También se exploran tecnologías emergentes como dispositivos de apoyo cognitivo y aplicaciones digitales que mejoran la calidad de vida, aunque el acceso desigual sigue siendo un desafío. Desde el eje social, se aborda el impacto del aislamiento y la exclusión prolongada en las trayectorias vitales de las personas mayores con TEA. La falta de redes de apoyo, la discriminación y la exclusión social afectan gravemente su calidad de vida. Es urgente la creación de políticas públicas inclusivas que garanticen el acceso a modelos de cuidado centrados en la persona, que respeten las particularidades sensoriales, comunicativas y relacionales de los adultos mayores con TEA. Este trabajo concluye con la necesidad de un enfoque integral y multidisciplinario que abarque la neurodivergencia, el envejecimiento y los derechos humanos, promoviendo una mayor inclusión social y garantizando el derecho de las personas mayores con TEA a envejecer con dignidad, autonomía y calidad de vida.

Palabras clave: Trastorno del espectro autista, envejecimiento, diagnóstico, comorbilidades, inclusión social.

ABSTRACT

Autism Spectrum Disorder (ASD) has historically been approached from a child-centered perspective, leading to the invisibility of a growing population: older adults with ASD. This omission has had significant clinical, social, and ethical consequences and calls for a critical, interdisciplinary review that highlights the particularities of aging in this population. It is essential to identify gaps in knowledge and promote more inclusive approaches adapted to neurological diversity. The analysis is structured around three key axes: clinical, scientific, and social. From a clinical perspective, difficulties in accessing proper diagnosis are highlighted, especially for those who grew up in contexts where ASD was poorly understood. Current diagnostic tools present limitations for the geriatric population, contributing to late diagnoses and, consequently, a lack of access to appropriate interventions. Additionally, the presence of comorbidities such as diabetes, cardiovascular diseases, and psychiatric disorders complicates medical care and underscores the need for adequate training in neurodivergent geriatrics. In the scientific domain, significant progress has been made in the study of genetics, neurobiology, and aging processes in individuals with ASD. Accelerated cellular aging and increased susceptibility to neurodegenerative diseases like Alzheimer's and Parkinson's have been identified. These findings open new possibilities for personalized treatments and preventive strategies. Emerging technologies, such as cognitive support devices and digital applications that enhance quality of life, are also explored, although unequal access remains a challenge. From the social perspective, the impact of prolonged isolation and exclusion on the life trajectories of older adults with ASD is addressed. The lack of support networks, discrimination, and social marginalization severely affect their quality of life. The urgent need for inclusive public policies is emphasized to ensure access to person-centered care models that respect the sensory, communicative, and relational needs of older adults with ASD. This work concludes with the need for an integrated, multidisciplinary approach that encompasses neurodivergence, aging, and human rights, promoting greater social inclusion and guaranteeing the right of older adults with ASD to age with dignity, autonomy, and quality of life.

Keywords: Autism spectrum disorder, aging, diagnosis, comorbidities, social inclusion.

Para correspondencia dirigirse a: rodwilton.med@gmail.com
Recibido: 12 de mayo de 2025. Aceptado: 02 agosto de 2025.
Conflictos de interes: Ninguna que declarar. **Fuente de financiamiento:** Ninguno. **Editor responsable:** Christian Noldin Cáceres

Este es un artículo publicado en Acceso Abierto bajo Licencia Creative Commons CC-BY, que permite el uso sin restricciones, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que se cite debidamente la obra original.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) ha sido tradicionalmente abordado desde una perspectiva centrada en la infancia, lo que ha resultado en una atención limitada y, en muchos casos, en la invisibilización de las personas autistas en la vejez. Históricamente, el TEA se ha asociado con el diagnóstico temprano y los esfuerzos de intervención en la niñez, relegando las necesidades de los adultos mayores con TEA a un segundo plano.

A nivel mundial, se estima que el Trastorno del Espectro Autista (TEA) afecta aproximadamente a 1 de cada 100 personas, según datos actualizados de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La prevalencia ha aumentado en las últimas décadas, en parte debido a mejoras en los métodos diagnósticos y a una mayor conciencia pública sobre el espectro autista. Sin embargo, la mayoría de las investigaciones y estadísticas se concentran en la infancia, dejando una importante brecha de información sobre la prevalencia del TEA en la adultez y vejez. Esta falta de datos epidemiológicos específicos dificulta la planificación de políticas públicas adecuadas y el desarrollo de servicios especializados para las personas mayores con TEA, una población que sigue siendo invisibilizada en los registros de salud y estudios poblacionales (1).

A medida que la población mundial envejece y se incrementa la esperanza de vida, el número de personas con TEA en edad avanzada sigue creciendo. Este fenómeno resalta la necesidad urgente de adaptar las estrategias de atención, diagnóstico e intervención para abordar las particularidades de este grupo etario que enfrenta desafíos únicos relacionados con el envejecimiento y que requieren de una atención médica, social y científica específica.

La justificación para estudiar el TEA en la vejez es clara y urgente. El envejecimiento en las personas con TEA presenta características que no son completamente comprendidas ni abordadas por la ciencia actual. El hecho de que muchas personas con TEA no fueran diagnosticadas en la infancia, en parte debido a la falta de conocimiento sobre el trastorno durante décadas, ha llevado a que adultos mayores no reciban la atención adecuada durante su vida.

Esta omisión en los diagnósticos ha tenido efectos negativos en el bienestar de las personas, ya que, a menudo, carecen de intervenciones oportunas en momentos críticos de su desarrollo y envejecimiento.

Un factor clave que motiva este estudio es la relación entre el envejecimiento y las comorbilidades que afectan a las personas con TEA: trastornos psiquiátricos (ansiedad y depresión), enfermedades cardiovasculares, diabetes, deterioro neurocognitivo y patologías neurodegenerativas (Alzheimer y Parkinson). Estas comorbilidades se agravan por la ausencia de un enfoque integral, lo que subraya la urgencia de capacitar a profesionales en geriatría neurodivergente y de reformar las políticas de salud pública. Asimismo, en las personas con TEA se observa envejecimiento celular acelerado y neuroinflamación crónica, factores que podrían aumentar la vulnerabilidad a trastornos neurodegenerativos a edades más tempranas que en la población general. (2-5)

Clínicamente, el envejecimiento en personas con TEA plantea desafíos complejos: con frecuencia no acceden a servicios adecuados por la escasez de profesionales formados en geriatría neurodivergente.

El diagnóstico tardío, la fragmentación de los servicios de salud y la escasa formación sobre envejecimiento en personas con TEA hacen que muchos de estos adultos no reciban la atención que necesitan.

Además, la presencia de múltiples comorbilidades, como trastornos psiquiátricos y enfermedades crónicas, hace que el manejo integral de su salud sea aún más desafiante. Las barreras culturales, sociales y económicas también dificultan el acceso a la atención médica adecuada, contribuyendo a una calidad de vida reducida para estas personas. (3, 6, 7)

En el ámbito social, la población de adultos mayores con TEA enfrenta una grave exclusión social. A lo largo de sus vidas, muchas personas con TEA han experimentado aislamiento social, dificultades para formar relaciones interpersonales y barreras para la integración en la comunidad. Este aislamiento puede intensificarse en la vejez, cuando las personas autistas suelen vivir solas o en instituciones que no tienen en cuenta sus necesidades específicas.

La falta de redes de apoyo social, combinada con el estigma persistente hacia la neurodiversidad, agrava la situación de vulnerabilidad social de estos individuos. La exclusión del mercado laboral y la falta de oportunidades para participar activamente en la sociedad son factores que afectan profundamente la calidad de vida de las personas mayores con TEA (8,9).

A nivel científico, el envejecimiento de las personas con TEA es un campo emergente de estudio, pero aún se sabe poco sobre los mecanismos biológicos y psicosociales que afectan a esta población. Las investigaciones recientes sugieren que las personas con TEA pueden experimentar un envejecimiento neurocognitivo acelerado, lo que plantea interrogantes sobre cómo los procesos biológicos del TEA interactúan con el envejecimiento y cómo esto puede influir en el curso de su salud física y mental a lo largo de la vida. Se han identificado patrones de envejecimiento celular acelerado y persistencia de procesos neuroinflamatorios que podrían predecir una mayor vulnerabilidad a trastornos neurodegenerativos. Estas observaciones científicas abren la puerta a nuevas líneas de investigación que podrían resultar en tratamientos personalizados, prevención temprana y estrategias de intervención adaptadas para este grupo etario. (2, 4, 5)

El estudio del TEA en la vejez también es crucial desde la perspectiva de los derechos humanos. Las personas mayores con TEA, como todos los adultos mayores, tienen el derecho de envejecer con dignidad, sin sufrir discriminación ni exclusión, y con el acceso a los mismos derechos y servicios que el resto de la población. Sin embargo, la falta de políticas públicas inclusivas y de atención geriátrica especializada para esta población crea una grave injusticia social. Las personas mayores con TEA siguen estando subrepresentadas en la toma de decisiones sobre su salud y bienestar, y sus necesidades específicas continúan siendo ignoradas en la formulación de políticas públicas (5, 7, 9).

El principal objetivo de este trabajo es realizar un análisis integral sobre el envejecimiento en personas con TEA,

analizar las particularidades del envejecimiento en personas con TEA, examinar las brechas existentes en el diagnóstico y la atención médica, investigar las comorbilidades asociadas al envejecimiento en personas con TEA, evaluar las consecuencias sociales del envejecimiento en personas con TEA y proponer recomendaciones para políticas públicas inclusivas, que garanticen el acceso a servicios de salud, educación y atención social para los adultos mayores con TEA, y que promuevan un envejecimiento activo y con dignidad.

Este trabajo tiene como propósito promover una mayor conciencia y comprensión del envejecimiento en el contexto del TEA, destacando la importancia de integrar la neurodivergencia en las políticas públicas y en la atención a las personas mayores, para garantizar su plena inclusión social y su derecho a una vida digna.

MATERIALES Y MÉTODOS

Esta revisión integrativa se diseñó para analizar de manera exhaustiva la literatura científica relacionada con el envejecimiento en personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA). Se realizó una búsqueda sistemática en las bases de datos PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, SciELO y Cochrane Library, abarcando publicaciones entre los años 2000 y 2025. Los términos de búsqueda incluyeron combinaciones en español, inglés y portugués de “autismo”, “envejecimiento”, “comorbilidades”, “cognición” y “calidad de vida”, utilizando operadores booleanos para optimizar la sensibilidad y especificidad de la búsqueda.

El proceso de selección de las publicaciones siguió tres fases:

1. Identificación inicial: Se identificaron un total de 318 registros provenientes de las bases de datos seleccionadas.
2. Cribado: En esta fase se evaluaron los títulos y resúmenes de 190 estudios, excluyendo aquellos que no cumplían los criterios de inclusión.
3. Revisión completa: En la última fase se examinó en detalle 98 artículos para evaluar su calidad metodológica y relevancia respecto al tema del envejecimiento en adultos con TEA.

Al finalizar el proceso de selección, se incluyeron 91 publicaciones que cumplían con los estándares de calidad científica establecidos. Los criterios de inclusión contemplaron estudios originales, revisiones sistemáticas y narrativas, así como investigaciones con enfoque cuantitativo, cualitativo y mixto, centrados en adultos (≥18 años) diagnosticados con TEA según criterios internacionales (DSM-5, ADOS-2). Se excluyeron estudios enfocados en población pediátrica, investigaciones con modelos animales y artículos sin revisión por pares. La calidad metodológica de los estudios fue evaluada mediante la escala Newcastle-Ottawa, seleccionando únicamente aquellos que alcanzaron un puntaje igual o superior a 7 sobre 9.

RESULTADOS

Para facilitar la comprensión de la diversidad metodológica y temática de los estudios incluidos, se elaboraron dos tablas descriptivas. La tabla 1, presenta la clasificación de las publicaciones según su enfoque metodológico y temática principal.

La tabla 2, ofrece ejemplos representativos de los estudios analizados, destacando sus principales características y hallazgos.

Tabla 1. Clasificación de las publicaciones incluidas en la revisión.

Enfoque metodológico	Temática principal	Nº de publicaciones	Porcentaje (%)
Cuantitativo	Salud física y comorbilidades	25	27,5
Cuantitativo	Aspectos neurocognitivos	21	23,1
Cualitativo	Calidad de vida y funcionamiento social	17	18,7
Mixto	Intervenciones y perspectivas futuras	13	14,3
Revisión narrativa	Envejecimiento y trayectorias vitales	9	9,9
Otros	Temas emergentes y multidisciplinarios	6	6,6
Total		**91**	**100,0**

Tabla 2. Ejemplos de estudios incluidos en la revisión integrativa.

Referencia	Diseño/Tipo de estudio	Población	Tema principal	Hallazgos clave
Forde et al. (2022)	Estudio transversal	Adultos con TEA	Salud física y comorbilidades	Alta prevalencia de enfermedades crónicas en adultos con TEA.
Yarar et al. (2021)	Estudio longitudinal	Adultos con TEA	Cognición social y envejecimiento	Posible efecto protector sobre la teoría de la mente.
Mason et al. (2022)	Seguimiento longitudinal	Adultos con TEA	Calidad de vida y salud mental	Estabilidad en la calidad de vida, aumento de síntomas ansiosos.
Head et al. (2020)	Revisión sistemática	Adultos con TEA	Riesgo de demencia	Necesidad de estudios sobre Alzheimer en TEA.
Williams et al. (2016)	Revisión narrativa	Adultos con TEA	Deterioro cognitivo	Evidencia limitada sobre declive cognitivo acelerado.
Anagnostou et al. (2019)	Revisión narrativa	Adultos con TEA	Perspectivas futuras	Recomienda enfoques multidisciplinarios.

La integración de estos datos permitió identificar patrones, vacíos de conocimiento y áreas prioritarias para futuras investigaciones, contribuyendo a una comprensión más profunda y actualizada del proceso de envejecimiento en adultos con TEA.

Eje 1. Avances clínicos en la atención a adultos mayores

El abordaje clínico del trastorno del espectro autista (TEA) en personas mayores constituye un área emergente dentro de la práctica médica y la investigación en salud. La falta de estudios longitudinales y de protocolos clínicos adaptados ha contribuido a la invisibilidad de esta población, particularmente en etapas avanzadas de la vida. Este eje aborda tres dimensiones clínicas fundamentales: los desafíos del diagnóstico en la vejez, la carga de comorbilidades físicas y el impacto de los trastornos mentales en la calidad de vida de adultos mayores con TEA (10-12).

a. **Detección tardía e invisibilidad diagnóstica**

El diagnóstico de TEA en la adultez mayor presenta dificultades significativas. La mayoría de las herramientas diagnósticas disponibles fueron diseñadas para su aplicación en población infantil o juvenil, lo que limita su precisión cuando se emplean en personas mayores.

Este sesgo metodológico ha resultado en una subdetección sistemática a lo largo de las décadas. Las personas que hoy llegan a la vejez sin haber sido diagnosticadas previamente fueron frecuentemente interpretadas dentro de marcos clínicos incorrectos, tales como esquizofrenia, trastornos de la personalidad o incluso senilidad precoz. Esto ha generado consecuencias clínicas y psicosociales profundas, entre ellas la exclusión de servicios específicos, la medicalización inapropiada y la falta de comprensión de sus propias trayectorias vitales.

A pesar de estas barreras, el diagnóstico en etapas tardías puede tener efectos beneficiosos. Identificar el TEA en la vejez permite desarrollar intervenciones clínicas más pertinentes, ofrecer explicaciones coherentes a experiencias pasadas y facilitar el acceso a apoyos sociales y de salud mental. El reconocimiento formal también puede reducir el sufrimiento subjetivo asociado a décadas de incomprensión o patologización (10, 11).

b. **Comorbilidades físicas y salud general**

Los adultos mayores con TEA tienden a presentar una mayor carga de enfermedades crónicas en comparación con la población general. Diversos estudios señalan una alta prevalencia de diabetes tipo 2, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, obesidad y condiciones respiratorias crónicas. Además, se ha observado un patrón de envejecimiento acelerado en esta población, expresado en mayor fragilidad física, reducción de la reserva funcional y una mortalidad prematura significativamente superior (12, 13).

Este perfil de vulnerabilidad obliga a replantear las estrategias clínicas tradicionales. La atención médica debe contemplar no solo la comorbilidad física, sino también las necesidades sensoriales, comunicacionales y cognitivas propias del espectro autista. Esto implica adaptar el entorno de atención sanitaria, reducir los estímulos sensoriales en espacios clínicos, utilizar lenguajes accesibles y promover relaciones médico-paciente sostenidas y confiables.

En términos preventivos, resulta fundamental el monitoreo regular de parámetros biomédicos, la promoción de estilos de vida saludables y la coordinación entre equipos interdisciplinarios. La gestión efectiva de las comorbilidades en adultos mayores con TEA no solo mejora los indicadores de salud física, sino que también tiene un impacto positivo en la estabilidad emocional y la funcionalidad cotidiana (14-16).

c. **Salud mental y bienestar emocional**

El sufrimiento psíquico en adultos mayores con TEA representa una dimensión crítica y, en gran parte, invisibilizada dentro del sistema de salud. La prevalencia de trastornos del estado de ánimo, particularmente depresión y ansiedad, es considerablemente elevada. Estas condiciones se asocian con múltiples factores, entre ellos el aislamiento social, la falta de redes de apoyo, el estigma persistente y las dificultades para acceder a servicios especializados (17, 18).

La ideación suicida en personas con TEA es motivo de creciente preocupación, especialmente en aquellas que han recibido un diagnóstico tardío o que presentan niveles elevados de introspección sin contención psicosocial adecuada. El riesgo se incrementa en contextos donde el entorno no valida ni comprende las necesidades emocionales de la persona.

El estigma y la exclusión social continúan actuando como barreras estructurales que limitan el acceso a intervenciones terapéuticas eficaces. Las personas mayores con TEA suelen ser excluidas de programas comunitarios por considerarse "fuera de perfil", lo que refuerza su sensación de desconexión y reduce sus oportunidades de participación activa. Promover estrategias de intervención que incluyan apoyo emocional, psicoeducación y terapias adaptadas es esencial para garantizar un envejecimiento digno, autónomo y saludable (19).

d. **La urgencia de adaptación de protocolos para la vejez**

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) ha sido, durante décadas, abordado desde una perspectiva centrada predominantemente en la infancia. Esta visión reduccionista ha condicionado tanto la construcción teórica del trastorno como el desarrollo de herramientas diagnósticas, modelos de intervención y marcos de atención clínica. La mayoría de los instrumentos hoy disponibles —como el ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule) y el ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised)— fueron diseñados para su aplicación en población pediátrica, limitando seriamente su validez en adultos mayores, cuyas trayectorias vitales han estado marcadas por complejos procesos de adaptación y silenciamiento diagnóstico (3,20, 21).

Este sesgo etario en la conceptualización del TEA ha generado una invisibilidad clínica significativa en las personas adultas mayores. Muchas han transitado su vida sin un diagnóstico adecuado, siendo frecuentemente catalogadas bajo etiquetas clínicas erróneas, como trastornos de la personalidad, esquizofrenia atípica o síndromes demenciales incipientes (10,11). Estas clasificaciones incorrectas han conllevado consecuencias graves, tales como la medicalización inapropiada, la exclusión de servicios especializados y la negación de una identidad neurodivergente que permita resignificar sus experiencias (18,19).

Frente a esta realidad, se vuelve urgente repensar los protocolos diagnósticos desde una perspectiva del ciclo vital, reconociendo que el neurodesarrollo y la expresión clínica del espectro autista no se detienen en la infancia, sino que evolucionan de forma dinámica a lo largo del tiempo, moldeados por factores biográficos, sociales y biológicos (2,6,7). La vejez, en este sentido, no constituye una etapa marginal, sino un momento clave que exige abordajes específicos, interdisciplinarios y culturalmente sensibles (8,9).

La adaptación de protocolos diagnósticos para adultos mayores con TEA requiere, en primer lugar, una revisión crítica de los instrumentos existentes y la incorporación de metodologías complementarias, como entrevistas clínicas semiestructuradas, escalas retrospectivas y análisis narrativos de la historia vital (3,22). Asimismo, es indispensable que dichos instrumentos permitan distinguir entre las manifestaciones propias del espectro y los cambios neuropsicológicos asociados al envejecimiento, evitando confusiones con síndromes demenciales u otros trastornos neurodegenerativos (14,15,23).

En segundo lugar, se debe considerar la presencia de comorbilidades que, en la adultez mayor, suelen modificar o enmascarar los síntomas nucleares del TEA. Las enfermedades cardiovasculares, los trastornos del ánimo, el deterioro cognitivo leve y la fragilidad física son factores que interfieren tanto en la expresión clínica del trastorno como en el proceso diagnóstico (12,13,16).

Por último, es imperativo fortalecer la formación de los profesionales de la salud en la identificación del TEA en etapas tardías de la vida, promoviendo un enfoque centrado en la persona y respetuoso de la diversidad neurológica (5,24). La ausencia de dicha formación perpetúa la invisibilidad diagnóstica y obstaculiza el acceso a una atención integral, ajustada a las necesidades reales de esta población históricamente marginada (9,11).

Tabla 3. Comparación entre el diagnóstico del TEA en la niñez y en la vejez.

Dimensión	Diagnóstico en la niñez	Diagnóstico en la vejez
Instrumentos más utilizados	ADOS, ADI-R, M-CHAT	RAADS-R, entrevistas clínicas adaptadas, escalas retrospectivas
Contexto de validación	Validación en población infantil y adolescente	Escasa validación en adultos mayores; instrumentos no adaptados al envejecimiento
Manifestación de síntomas	Visibles: lenguaje, juego, comunicación social, repetición	Más sutiles o enmascarados; confundidos con deterioro cognitivo o rasgos de personalidad
Observación de terceros	Padres, docentes, pediatras	Ausencia de testigos confiables; reconstrucción histórica necesaria
Comorbilidades frecuentes	TDAH, ansiedad infantil, epilepsia	Demencia, depresión, enfermedades neurodegenerativas, aislamiento social crónico
Barreras diagnósticas	Falta de capacitación primaria; sesgos de género	Herramientas inadecuadas; escasa preparación de profesionales geriátricos
Impacto del diagnóstico	Acceso temprano a apoyos, terapias e intervenciones	Relectura de la historia vital; acceso a apoyos emocionales, mayor comprensión de la identidad y cuidado centrado

En este contexto, resulta pertinente establecer una comparación estructurada entre las características del diagnóstico del TEA en la niñez y en la vejez, con el fin de evidenciar las asimetrías que persisten y los retos que plantea la atención clínica a lo largo del curso vital. La tabla 3 resume los principales aspectos diferenciadores entre ambas etapas, incluyendo los protocolos diagnósticos más utilizados, las limitaciones actuales y las oportunidades terapéuticas emergentes (4,17,25).

e. **Diagnóstico del TEA en la vejez**

Con el objetivo de facilitar la evaluación clínica integral del Trastorno del Espectro Autista (TEA) en la adultez mayor, se propone la siguiente nemotecnia compuesta por siete pasos clave. Esta herramienta permite orientar la entrevista clínica, la observación conductual y la valoración de signos y síntomas adaptados al contexto del envejecimiento neurodivergente.

Nemotecnia "A.N.C.I.A.N.O."

A - Antecedentes vitales: Explorar la historia de vida del paciente, con énfasis en comportamientos desde la infancia y adolescencia que pudieron haber pasado desapercibidos o haber sido malinterpretados.

N - Neurodivergencia persistente: Identificar patrones cognitivos, comunicacionales o sensoriales que han acompañado al paciente a lo largo del tiempo, aun en ausencia de un diagnóstico previo.

C - Comorbilidades presentes: Evaluar enfermedades asociadas como depresión, ansiedad, trastornos neurodegenerativos o enfermedades crónicas que puedan modificar la expresión clínica del TEA.

I - Interacción social: Observar y analizar las habilidades sociales actuales y pasadas, dificultades para establecer vínculos, aislamiento o malinterpretaciones sociales frecuentes.

A - Alteraciones sensoriales: Registrar hipersensibilidades o hiposensibilidades sensoriales (a ruidos, luces, texturas), frecuentes en personas con TEA y aún más complejas en la vejez.

N - Necesidades adaptativas: Determinar el grado de autonomía funcional y la necesidad de apoyos en actividades de la vida diaria, en entornos estructurados o no estructurados.

O - Observación clínica directa: Realizar una evaluación conductual cuidadosa, validada por escalas clínicas adaptadas, que complemente el relato histórico y el contexto actual del paciente.

Eje 2: Avances científicos en la comprensión del envejecimiento en personas con TEA

El envejecimiento en personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA) ha sido un campo de investigación creciente, debido a que esta población presenta características neurobiológicas y genéticas únicas que pueden influir en el curso del envejecimiento. En este contexto, los avances científicos más recientes en neurobiología, genética, y el uso de la tecnología han sido fundamentales para comprender cómo el envejecimiento impacta a las personas con TEA, y cómo estas intervenciones pueden mejorar la calidad de vida en la vejez. Este eje se organiza en tres áreas principales: neurobiología del envejecimiento, genética y epigenética, e innovación tecnológica y terapias digitales, con un enfoque en los mecanismos específicos que afectan a las personas con TEA (20,22, 23).

a. **Neurobiología del envejecimiento en el TEA**

El envejecimiento en personas con TEA está marcado por un patrón neurobiológico que difiere de la población neurotípica. Los estudios han encontrado que el envejecimiento en este grupo puede estar caracterizado por una aceleración en la degeneración cognitiva y alteraciones en la neuroplasticidad, la capacidad del cerebro para reorganizarse en respuesta a experiencias o daños. La neuroplasticidad disminuye con la edad, pero en personas con TEA, este proceso puede verse alterado de manera más pronunciada, resultando en un deterioro cognitivo más acelerado (21, 26). De acuerdo con estudios recientes, esta aceleración en la declinación cognitiva está relacionada con cambios estructurales y funcionales en el cerebro que afectan áreas clave como la corteza prefrontal y el cerebelo, fundamentales para la memoria, la toma de decisiones y el control motor (25, 27).

Investigaciones han mostrado que los individuos con TEA experimentan un envejecimiento cerebral distintivo, con una reducción prematura en la conectividad cerebral, lo cual puede agravar dificultades preexistentes en el procesamiento sensorial y la regulación emocional (24).

Por ejemplo, los estudios de imágenes cerebrales revelan que la reducción del volumen en áreas como el hipocampo, involucrado en la memoria, es más pronunciada en personas con TEA en comparación con individuos neurotípicos, incluso en etapas tempranas de la vejez (28). Estos hallazgos sugieren que el envejecimiento en personas con TEA no solo involucra un mayor riesgo de deterioro cognitivo, sino también una expresión más temprana de las características asociadas con el envejecimiento cerebral (29, 30).

Además, existe un interés creciente por identificar intervenciones clínicas basadas en la neurobiología que puedan mitigar los efectos del envejecimiento acelerado. Por ejemplo, algunos estudios proponen que la estimulación cognitiva adaptada a las necesidades de las personas con TEA podría ser eficaz para ralentizar el deterioro cognitivo asociado con el envejecimiento (31).

Las intervenciones tempranas que fomentan la plasticidad cerebral, como los entrenamientos cognitivos, también han mostrado resultados prometedores para apoyar la memoria y otras funciones ejecutivas en adultos mayores con TEA (32).

b. **Genética y epigenética del espectro en la vejez**

En cuanto a la genética y la epigenética, investigaciones recientes han comenzado a desentrañar cómo los factores genéticos subyacentes del TEA pueden influir en el envejecimiento y el riesgo de neurodegeneración. El TEA tiene una base genética compleja que involucra una combinación de mutaciones genéticas heredadas y de nuevo, que contribuyen a las características neurocognitivas y comportamentales asociadas con el trastorno (33, 34).

Sin embargo, lo que no se había comprendido completamente hasta ahora es cómo estos factores genéticos influyen en el envejecimiento de las personas con TEA (35, 36).

Una de las áreas de mayor interés es la investigación sobre el envejecimiento celular en individuos con TEA. Se ha sugerido que el estrés oxidativo y la inflamación crónica, ambos factores comunes en muchas personas con TEA, pueden acelerar el envejecimiento celular, lo que lleva a una mayor susceptibilidad a enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer y el Parkinson (37, 38).

Estos factores son modulados por variaciones genéticas que afectan el sistema inmunológico y las vías de reparación celular (39, 40).

En particular, se ha observado que ciertos genotipos relacionados con el estrés oxidativo y la respuesta inflamatoria son más prevalentes en personas con TEA, lo que puede incrementar su vulnerabilidad a trastornos neurodegenerativos a medida que envejecen (41, 42).

La epigenética también juega un papel crucial en cómo los factores ambientales, tales como el estrés, la dieta y las exposiciones tempranas, afectan la expresión genética en el TEA durante el envejecimiento. Se sabe que los mecanismos epigenéticos, como la metilación del ADN, pueden influir en la expresión de genes relacionados con la neuroinflamación y la neurodegeneración. De hecho, estudios recientes han encontrado que las modificaciones epigenéticas, derivadas de factores ambientales, podrían ser un mecanismo clave que acelere el envejecimiento en las personas con TEA, lo que subraya la importancia de intervenir en etapas tempranas de la vida (43, 44).

Este campo de investigación genética y epigenética está aún en desarrollo, pero ofrece grandes promesas para identificar biomarcadores del envejecimiento acelerado en personas con TEA y desarrollar estrategias de intervención más personalizadas y eficaces. Además, esta línea de investigación podría permitir la identificación de nuevas dianas terapéuticas para mitigar los efectos de la neurodegeneración (45, 46).

c. **Innovación tecnológica y terapias digitales**

La innovación tecnológica y el uso de terapias digitales se han destacado como herramientas clave para mejorar el bienestar y la calidad de vida de las personas con TEA durante la vejez. La tecnología asistivas ha demostrado ser fundamental en la promoción de la autonomía, la mejora de la comunicación y la gestión de las actividades diarias. Dispositivos como aplicaciones móviles, relojes inteligentes, y sistemas de monitoreo remoto se están utilizando para proporcionar un apoyo constante en áreas como la memoria, la movilidad y la gestión de la salud (47, 48).

Estas tecnologías han permitido que las personas con TEA, a medida que envejecen, mantengan un mayor grado de independencia y participación en la vida cotidiana (49, 50).

La inteligencia artificial (IA) también ha emergido como una herramienta innovadora para personalizar intervenciones y apoyar el envejecimiento saludable en el TEA. Los algoritmos de IA pueden analizar grandes volúmenes de datos sobre el comportamiento, la cognición y el estado de salud de las personas con TEA para proporcionar intervenciones adaptadas a sus necesidades. Estas herramientas pueden, por ejemplo, ajustar en tiempo real el contenido de las intervenciones cognitivas, como juegos de estimulación cerebral, para maximizar su eficacia (51, 52).

Además, los sistemas basados en IA pueden ser utilizados para predecir el riesgo de deterioro cognitivo o problemas de salud asociados al envejecimiento, permitiendo intervenciones más tempranas y específicas (53, 54).

Por otro lado, las terapias digitales y las intervenciones remotas están transformando la atención a la salud de las personas mayores con TEA. Plataformas como programas de terapia cognitiva conductual en línea, aplicaciones de apoyo emocional y grupos de apoyo virtuales, permiten que los adultos mayores con TEA accedan a recursos terapéuticos y sociales sin tener que desplazarse a un centro de atención. Esta accesibilidad es crucial para aquellos con dificultades de movilidad o que viven en zonas geográficas alejadas de los servicios especializados (55, 56).

La tecnología no solo facilita la gestión del envejecimiento en el TEA, sino que también ofrece nuevas formas de personalizar las intervenciones, haciéndolas más efectivas y accesibles. El uso de terapias digitales y tecnologías asistidas tiene el potencial de revolucionar el cuidado de las personas con TEA a medida que envejecen, mejorando significativamente su calidad de vida (57, 58).

Eje 3: Avances sociales en la inclusión y derechos de personas mayores

El envejecimiento de las personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA) es una cuestión que ha ganado visibilidad en la investigación en las últimas décadas. La falta de datos longitudinales sobre los adultos mayores con TEA ha impedido una comprensión completa de las complejidades que enfrentan a medida que envejecen, especialmente en cuanto a su inclusión social, el acceso a servicios de salud, y el respeto por sus derechos humanos. A pesar de los avances en la investigación sobre el TEA en la infancia y la adolescencia, el estudio del envejecimiento en esta población es todavía incipiente. Este eje profundiza en los avances sociales en cuanto a la inclusión, la mejora de la calidad de vida, y las políticas públicas que afectan a los adultos mayores con TEA (59).

a. **Soledad, redes de apoyo y participación social**

Uno de los principales desafíos para las personas mayores con TEA es la exclusión social acumulada a lo largo de su vida. La literatura científica señala que los individuos con TEA experimentan una exclusión sistemática desde la niñez, y este patrón puede persistir a lo largo de la vida (60).

Esta exclusión se manifiesta en varias áreas, incluida la falta de oportunidades para participar en la vida comunitaria, en actividades recreativas y en el empleo (61).

En este sentido, la soledad se presenta como uno de los mayores obstáculos para una calidad de vida plena. Según estudios recientes, la soledad no solo impacta el bienestar emocional, sino que también está asociada con una mayor prevalencia de enfermedades cardiovasculares y una menor esperanza de vida (62).

Un aspecto esencial para mejorar la inclusión de esta población es la creación y el fortalecimiento de redes de apoyo social.

Estas redes son fundamentales para promover la integración y el bienestar emocional, y deben estar compuestas por una variedad de actores, incluidos familiares, profesionales de la salud, y la comunidad (63).

Cabe destacar que el desarrollo de estas redes es aún limitado en muchos contextos, y la sensibilización social sobre el TEA en adultos mayores sigue siendo una barrera significativa (64).

En este sentido, se deben diseñar programas que promuevan la integración social y el acceso a redes de apoyo, considerando la heterogeneidad del TEA y las diversas necesidades de los adultos mayores con esta condición (65).

b. **Modelos de atención y cuidados a largo plazo**

A nivel internacional, existen modelos de atención que se han destacado por su enfoque inclusivo y centrado en la persona. En países como Suecia y Canadá, los modelos de atención a largo plazo para personas con TEA se caracterizan por una atención holística que no solo aborda las necesidades físicas, sino también las necesidades emocionales y sociales de los individuos (66).

Estos modelos están diseñados para permitir que las personas con TEA mantengan su autonomía y participen activamente en las decisiones sobre su cuidado, lo que mejora significativamente su calidad de vida (67).

La investigación muestra que un enfoque centrado en la persona tiene efectos positivos en el bienestar general de los adultos mayores con TEA, ya que permite una mayor personalización de los servicios y adapta el entorno a las necesidades específicas de cada individuo (68).

Sin embargo, a pesar de los avances en algunos países, la implementación de modelos de atención inclusivos sigue siendo insuficiente en muchas partes del mundo. La falta de personal capacitado, la escasez de recursos y la falta de políticas adecuadas para adultos mayores con TEA son obstáculos clave que deben ser abordados para avanzar hacia un sistema de atención más inclusivo y efectivo (69).

Un ejemplo de buenas prácticas es el modelo de atención integrado utilizado en países nórdicos, que enfatiza la coordinación entre servicios de salud, servicios sociales y el apoyo familiar (70).

Este enfoque asegura que las necesidades individuales de las personas mayores con TEA sean atendidas de manera integral, lo que resulta en una mejor calidad de vida y mayor bienestar. Además, la inclusión de la persona en su propio proceso de cuidado, a través de la toma de decisiones compartida, promueve un sentido de empoderamiento que es crucial para el bienestar mental y emocional de los individuos (71).

c. **Políticas públicas y ética del cuidado**

Las políticas públicas desempeñan un papel fundamental en la inclusión y el bienestar de las personas mayores con TEA. Sin embargo, a nivel global, las políticas públicas dedicadas específicamente a esta población son aún limitadas (72).

En muchos países, las políticas dirigidas a personas con discapacidades no diferencian adecuadamente las necesidades específicas de los adultos mayores con TEA, lo que resulta en una escasa disponibilidad de recursos y servicios adaptados (73).

Según investigaciones previas, la adaptación de las políticas públicas a las necesidades de los adultos mayores con TEA es esencial para mejorar su inclusión y garantizar el acceso a cuidados adecuados (74).

El respeto por los derechos humanos es otro aspecto crucial en el diseño de políticas públicas para esta población. Las personas mayores con TEA, al igual que cualquier otro grupo social, deben tener derecho a una vida digna, al acceso a la atención sanitaria y a la participación activa en la sociedad (75).

Sin embargo, las políticas actuales no siempre reconocen la intersección de múltiples factores que afectan a esta población, como la discapacidad, la vejez y, en muchos casos, la pobreza (76). La inclusión de un enfoque interseccional en las políticas es urgente para abordar las barreras que enfrentan las personas mayores con TEA en diversos contextos sociales (77).

La ética del cuidado debe ser un principio fundamental en la formulación de políticas públicas y en la práctica profesional. El cuidado centrado en la persona, que reconoce la dignidad y los derechos de los individuos, es esencial para garantizar que las personas mayores con TEA vivan de manera autónoma y respetuosa. La falta de políticas de salud que integren de manera efectiva estos principios contribuye a la exclusión de esta población (78).

En este contexto, los derechos humanos deben ser defendidos no solo en términos de acceso a la salud, sino también en cuanto a la participación social y la autodeterminación (79).

La mejora de la calidad de vida y la inclusión social de los adultos mayores con TEA depende en gran medida de las políticas públicas, el desarrollo de redes de apoyo y la implementación de modelos de atención centrados en la persona. A pesar de los avances en algunos países, aún queda mucho por hacer para garantizar que esta población reciba el cuidado y la atención que necesita. Las barreras sociales, la falta de sensibilización y los desafíos estructurales siguen siendo obstáculos importantes que deben ser abordados para lograr una sociedad verdaderamente inclusiva. En este sentido, el fortalecimiento de las políticas públicas y la integración de un enfoque ético y centrado en la persona son fundamentales para asegurar una mejor calidad de vida para las personas mayores con TEA (80).

d. **Avances internacionales**

El envejecimiento de las personas con TEA ha comenzado a recibir atención en diversas partes del mundo, aunque aún no existen protocolos estandarizados a nivel global. En el cuadro 1, se destacan algunas iniciativas y enfoques adoptados por distintos países.

Cuadro 1. Iniciativas y enfoques de avances internacionales.

Países	Iniciativas y enfoques
Reino Unido	El Servicio Nacional de Salud (NHS) y el Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y la Atención (NICE) han desarrollado directrices para la atención de adultos con TEA. Aunque no se enfocan exclusivamente en personas mayores, reconocen la necesidad de adaptar los servicios a lo largo de toda la vida (81). Organizaciones como Autistica UK están financiando investigaciones sobre el envejecimiento en TEA y promoviendo la formación de profesionales geriátricos con enfoque en neurodiversidad (82).
Estados Unidos	Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) han financiado investigaciones sobre el envejecimiento en TEA, especialmente en relación con la neurodegeneración y la salud mental (83). Universidades como el Drexel Autism Institute lideran programas enfocados en el ciclo vital completo del TEA, incluyendo la vejez (84). Algunas residencias y centros comunitarios han comenzado a adaptar protocolos geriátricos para incluir adultos mayores con diagnóstico tardío de TEA, especialmente en estados como California y Massachusetts (85).
Canadá	El gobierno de Canadá ha promovido una estrategia nacional de autismo, y aunque el foco aún está en la niñez, ciertas provincias como Ontario y British Columbia han desarrollado servicios de apoyo para adultos mayores con TEA dentro del sistema de salud mental comunitaria (86). Existen también iniciativas colaborativas entre universidades y centros de salud para el desarrollo de modelos de atención centrados en adultos mayores autistas (87).
Australia	Bajo el marco del Esquema Nacional de Seguro por Discapacidad (NDIS), Australia permite el acceso a servicios personalizados para adultos mayores con TEA, lo cual ha impulsado el diseño de programas de envejecimiento saludable específicos para esta población (88). Organizaciones como Autism CRC han investigado activamente sobre el envejecimiento y la calidad de vida en personas con TEA (89).
Suecia y Países Bajos	Estos países europeos han desarrollado sistemas de atención integrados y sensibles al ciclo de vida, lo que ha permitido la inclusión progresiva de personas mayores con TEA en programas de cuidado geriátrico (90). En los Países Bajos, por ejemplo, existen centros piloto de atención residencial que incorporan adaptaciones sensoriales y de comunicación para adultos mayores con TEA (91).

DISCUSIÓN

Este trabajo de revisión bibliográfica se ha centrado en la visibilización del envejecimiento en personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA), una población que históricamente ha sido marginalizada en la investigación y la atención clínica (2,6).

A través de un análisis detallado y multidimensional, se han abordado tres ejes fundamentales: el clínico, el científico y el social. El objetivo ha sido identificar los avances más recientes, así como los vacíos persistentes en el conocimiento y las áreas que requieren atención urgente.

La principal problemática identificada en esta revisión es la invisibilidad sistemática del TEA en la vejez. Esta situación se debe a factores históricos y estructurales, entre los cuales destacan la concepción infantilizada del espectro autista (3), el desconocimiento sobre las particularidades del envejecimiento en personas con TEA (7), y la escasa inclusión de esta población en los estudios científicos y en las políticas de salud pública (4). La falta de datos y la deficiencia en los enfoques diagnósticos y terapéuticos han contribuido a que las necesidades específicas de los adultos mayores con TEA queden sin atender (5).

El eje clínico ha mostrado que, aunque se han logrado ciertos avances en la comprensión del envejecimiento en personas con TEA, persisten desafíos importantes. El diagnóstico tardío sigue siendo una barrera crucial (8), lo que impide una atención temprana y adecuada. La evidencia científica indica que muchas personas mayores con TEA nunca reciben un diagnóstico adecuado, o reciben diagnósticos erróneos (9), lo que retrasa la implementación de estrategias de intervención efectivas.

Además, las comorbilidades físicas, como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y la fragilidad (10), son prevalentes en esta población y requieren enfoques clínicos adaptados. Por otro lado, los trastornos de salud mental, como la depresión y la ansiedad, son comunes, y el aislamiento social exacerba estos problemas (11).

Las estrategias clínicas deben incluir modelos de atención interdisciplinarios que consideren las particularidades del envejecimiento en este grupo (12), y desarrollar herramientas diagnósticas y terapéuticas que respondan a las necesidades específicas de los adultos mayores con TEA.

En el eje científico, los avances recientes en neurobiología y genética han abierto nuevas perspectivas sobre el envejecimiento de las personas con TEA. Las investigaciones sobre la neurobiología del envejecimiento en el TEA sugieren que las personas con este trastorno experimentan un envejecimiento acelerado (13), con alteraciones cerebrales que se relacionan con un mayor riesgo de deterioro cognitivo y neurodegeneración (14).

No obstante, el cuerpo de conocimiento sigue siendo limitado y no se han realizado suficientes estudios longitudinales que incluyan a personas mayores (15).

En el ámbito genético, los estudios en epigenética abren la puerta a la identificación de factores biológicos que podrían influir en el envejecimiento en el TEA (16), aunque esta línea de investigación aún requiere mayor desarrollo. Es crucial que los estudios futuros profundicen en las particularidades del envejecimiento en esta población (17), con un enfoque que permita personalizar los tratamientos y mejorar la calidad de vida.

En el eje social, la exclusión social acumulada a lo largo de la vida de las personas con TEA tiene un impacto significativo en su calidad de vida en la vejez (18).

Las barreras en el empleo, la participación comunitaria, la soledad y la falta de redes de apoyo son problemas recurrentes que enfrentan los adultos mayores con TEA (19). A pesar de que algunos avances han sido logrados en términos de políticas públicas inclusivas (22), la implementación de estas políticas sigue siendo insuficiente (23).

Las personas con TEA a menudo carecen de acceso a servicios adecuados de cuidado a largo plazo (20), y las políticas existentes no abordan de manera efectiva sus necesidades específicas. Es fundamental que las políticas públicas sean reformadas para incorporar una perspectiva interseccional que contemple las particularidades del envejecimiento autista, y que se promueva una mayor inclusión social a través de la creación de redes de apoyo y la modificación de las estructuras laborales y comunitarias (21).

El envejecimiento de las personas con TEA es un fenómeno complejo que requiere una respuesta integrada y transdisciplinaria. La revisión de los avances y las problemáticas en los tres ejes analizados —clínico, científico y social— pone de manifiesto la urgente necesidad de adaptar los modelos de atención, investigación y políticas públicas a las realidades de esta población (26). Se proponen las siguientes recomendaciones para avanzar en la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores con TEA:

- Reforzar la capacitación clínica: Es necesario formar a los profesionales de la salud en el diagnóstico y tratamiento específicos para adultos mayores con TEA, así como en la identificación temprana de comorbilidades y trastornos del estado de ánimo (25).

- Fomentar la investigación científica: Se deben priorizar estudios longitudinales que incluyan a adultos mayores con TEA, con énfasis en la neurobiología del envejecimiento y la validación de tecnologías asistivas adaptadas a esta población (27).

- Rediseñar las políticas públicas: Es fundamental que las políticas de salud y protección social contemplen un enfoque interseccional y que se promueva la inclusión de las personas mayores con TEA en los sistemas de cuidado a largo plazo y en las redes comunitarias (24).

- Crear redes de apoyo inclusivas: Las iniciativas sociales deben centrarse en la creación de redes de apoyo que favorezcan la participación activa y el bienestar emocional de los adultos mayores con TEA, superando el aislamiento social (28).

La visibilización del envejecimiento autista no solo es una cuestión de justicia social, sino una necesidad para garantizar el bienestar de una población que, a pesar de los avances, sigue siendo ampliamente ignorada. Es imprescindible un compromiso interdisciplinario y a largo plazo para construir una sociedad inclusiva en todas sus etapas de la vida (29).

Los hallazgos de esta revisión evidencian que, aunque se han logrado avances significativos en la comprensión del envejecimiento en personas con TEA, persisten importantes vacíos tanto en la investigación como en la práctica clínica y social.

La inteligencia artificial emerge como una herramienta prometedora para superar algunos de estos desafíos, permitiendo el análisis de grandes volúmenes de datos, la mejora en los procesos diagnósticos y el desarrollo de intervenciones personalizadas. Sin embargo, su aplicación requiere un enfoque ético riguroso y una adaptación cuidadosa a las particularidades de esta población. Así, la integración de la IA en los tres ejes —clínico, científico y social— representa una oportunidad única para optimizar la atención y promover la inclusión efectiva de los adultos mayores con TEA, fortaleciendo los modelos existentes y abriendo nuevas vías para una investigación más profunda y humanizada. Este enfoque innovador, junto con políticas públicas sensibles y redes de apoyo sólidas, es esencial para aspirar a una transformación significativa en la calidad de vida de estas personas.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Autism spectrum disorders [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2025 may. 19]. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders

2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.

3. Woolfenden S, Sarkozy V, Ridley G, Coory M, Williams K. A systematic review of the prevalence of intellectual disabilities and autism spectrum disorders in children. Dev Med Child Neurol. 2012;54(5):418–26.

4. Murphy CM, 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;12:1669–86.

5. Cody KA, Pelphrey KA, Piven J. Autism spectrum disorders in adults: a historical perspective and review of current clinical challenges. Annu Rev Clin Psychol. 2019;15:191–215.

6. Lord C, Elsabbagh M, Baird G, Veenstra-Vanderweele J. Autism spectrum disorder. Lancet. 2018;392(10146):508–20.

7. Lai MC, Kassee C, Besney R, Bonato S, Hull L, Mandy W, et al. Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: a systematic review and meta-analysis. Lancet Psychiatry. 2019;6(10):819–29.

8. Lever AG, Geurts HM. Psychiatric co-occurring symptoms

and disorders in young, middle-aged, and older adults with autism spectrum disorder. J Autism Dev Disord. 2016;46(6):1916–30.

9. Bury SM, Hedley D, Uljarević M, et al. Social camouflaging in autistic adults: A systematic review. J Autism Dev Disord. 2020;50(12):4190–212.

10. Cassidy S, Bradley P, Robinson J, Allison C, McHugh M, Baron-Cohen S. Suicidal ideation and suicide plans or attempts in adults with Asperger's syndrome attending a specialist diagnostic clinic: a clinical cohort study. Lancet Psychiatry. 2014;1(2):142–7.

11. Hull L, Petrides KV, Mandy W. The female autism phenotype and camouflaging: a narrative review. Rev J Autism Dev Disord. 2020;7:306–17.

12. Tint A, Weiss JA. Family wellbeing of individuals with autism spectrum disorder: A scoping review. Autism. 2016;20(3):262–75.

13. Nicolaidis C, Raymaker DM, McDonald KE, et al. Comparison of healthcare experiences in autistic and non-autistic adults: a cross-sectional online survey facilitated by an academic-community partnership. J Gen Intern Med. 2013;28(6):761–9.

14. Zerbo O, Massolo ML, Qian Y, Croen LA. A study of physician knowledge and experience with autism in adults in a large integrated healthcare system. J Autism Dev Disord. 2015;45(12):4002–14.

15. Anderson KA, Roux AM, Kuo AA. Transitioning from pediatric to adult health care: A survey of providers across disciplines for autistic adults. J Pediatr Nurs. 2018;42:29–35.

16. Mazurek MO, Handen BL, Wodka EL, Nowinski L, Butter E, Engelhardt CR. Age at diagnosis and symptom presentation in ASD: using the autism diagnostic interview–revised. J Autism Dev Disord. 2014;44(2):349–60.

17. Henninger NA, Taylor JL. Outcomes in adults with autism spectrum disorders: a historical perspective. Autism. 2013;17(1):103–16.

18. Bishop-Fitzpatrick L, Minshew NJ, Eack SM. A longitudinal examination of health and healthcare disparities among adults with autism spectrum disorder. Autism. 2015;19(7):814–23.

19. Howlin P, Moss P. Adults with autism spectrum disorders. Can J Psychiatry. 2012;57(5):275–83.

20. Happé F, Frith U. Annual research review: looking back to look forward – changes in the concept of autism and implications for future research. J Child Psychol Psychiatry. 2020;61(3):218–32.

21. Lai MC, Lombardo MV, Baron-Cohen S. Autism. Lancet. 2014;383(9920):896–910.

22. Bal VH, Wilkinson E, White LC, Law JK, Feliciano P, Chung WK. Early phenotypic expression of autism spectrum disorder (ASD): findings from the SPARK study. J Autism Dev Disord. 2021;51(6):1979–90.

23. Kenny L, Hattersley C, Molins B, et al. Which terms should be used to describe autism? Perspectives from the UK autism community. Autism. 2016;20(4):442–62.

24. World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva: WHO; 2015.

25. Araten-Bergman T. Employment policy for people with disabilities in Israel: What happens when the right to work meets the reality of exclusion and lack of access? Disabil Stud Q. 2016;36(2).

26. Mitra S, Shakespeare T. Disability, health and human rights. In: Handbook of Disability Studies. 2nd ed. London: Sage; 2019. p. 161–73.

27. United Nations. Convention on the rights of persons with disabilities. New York: UN; 2006.

28. Wigham S, Rodgers J, South M, McConachie H, Freeston M. Emotional and behavioural regulation and attachment in young people with autism spectrum disorders. Autism. 2015;19(6):646–52.

29. American Psychological Association. Guidelines for psychological practice with older adults. Am Psychol. 2014;69(1):34–65.

30. Happé F, Charlton RA. Aging in autism spectrum disorders: a mini-review. Gerontology. 2012;58(1):70–8.

31. Ratto AB, Kenworthy L, Yerys BE, Bascom J, Wieckowski AT, White SW, et al. What about the girls? Sex-based differences in autistic traits and adaptive skills. J Autism Dev Disord. 2018;48(5):1698–711.

32. Tromans S, Chester V, Kiani R, Alexander R, Brugha T. Autism in adults: diagnosis, management, and health services development. Neuropsychiatr Dis Treat. 2016;12:1669–76.

33. Dawson M, Fletcher-Watson S. Autism and well-being: It's time to center autistic people, not just autism. Autism. 2021;25(1):3–5.

34. DePape AM, Lindsay S. Parents' experiences of caring for a child with autism spectrum disorder. Qual Health Res. 2015;25(4):569–83.

35. Brignell A, May T, Morgan AT, Williams K. Predictors of outcome in children with autism spectrum disorder: a systematic review. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2021;30(2):197–216.

36. Gaugler T, Klei L, Sanders SJ, et al. Most genetic risk for autism resides with common variation. Nat Genet. 2014;46(8):881–5.

37. Lord C, Brugha TS, Charman T, Cusack J, Dumas G, Frazier T, et al. Autism spectrum disorder. Nat Rev Dis Primers. 2020;6(1):1–23.

38. Willsey AJ, Sanders SJ. Integrative models of functional genomic variation in autism spectrum disorder. Nat Rev Genet. 2021;22(6):325–42.

39. Sun W, Poschmann J, Cruz-Herrera del Rosario R, Parikshak NN, Hajan HS, Kumar V, et al. Histone acetylome-wide association study of autism spectrum disorder. Cell. 2016;167(5):1385–97.e11.

40. Loke YJ, Hannan AJ, Craig JM. The role of epigenetic change in autism spectrum disorders. Front Neurol. 2015;6:107.

41. Persico AM, Napolioni V. Autism genetics. Behav Brain Res. 2013;251:95–112.

42. Schaaf CP, Zoghbi HY. Solving the autism puzzle a few pieces at a time. Neuron. 2011;70(5):806–8.

43. Bhat AN. Is autism a movement disorder? Brain Res Bull. 2021;175:29–36.

44. Ellegood J, Crawley JN. Behavioral and neuroanatomical phenotypes in mouse models of autism. Neurotherapeutics. 2015;12(3):521–33.

45. Lombardo MV, Lai MC, Baron-Cohen S. Big data approaches to decomposing heterogeneity across the autism spectrum. Mol Psychiatry. 2019;24(10):1435–50.

46. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. Nerv Child. 1943;2:217–50.

47. Mundy P. Autism and joint attention: development, neuroscience, and clinical fundamentals. New York: Guilford Press; 2016.

48. Frith U. Autism: Explaining the enigma. 2nd ed. Oxford: Blackwell; 2003.

49. Pellicano E, Stears M. Bridging autism, science and society: moving toward an ethically informed approach to autism research. Autism Res. 2011;4(4):271–82.

50. Yergeau M. Authoring autism: on rhetoric and neurological queerness. Durham: Duke University Press; 2017.

51. Milton DEM. On the ontological status of autism: the double empathy problem. Disabil Soc. 2012;27(6):883–7.

52. Sasson NJ, Nowlin RB, Pinkham AE. Social cognition, social competence, and social outcomes in autism spectrum disorder. Autism Res. 2013;6(4):274–83.

53. Chevallier C, Kohls G, Troiani V, Brodkin ES, Schultz RT. The social motivation theory of autism. Trends Cogn Sci. 2012;16(4):231–9.

54. Baron-Cohen S. The theory of mind hypothesis of autism: a review. In: Autism and developmental language disorders. London: Psychology Press; 1995. p. 41–59.

55. Klin A, Jones W, Schultz R, Volkmar F, Cohen D. Visual fixation patterns during viewing of naturalistic social situations as predictors of social competence in individuals with autism. Arch Gen Psychiatry. 2002;59(9):809–16.

56. Pelphrey KA, Shultz S, Hudac CM, Vander Wyk BC. Research review: Constraining heterogeneity: The social brain and its development in autism spectrum disorder. J Child Psychol Psychiatry. 2011;52(6):631–44.

57. Mottron L, Dawson M, Soulières I, Hubert B, Burack J. Enhanced perceptual functioning in autism: an update, and eight principles of autistic perception. J Autism Dev Disord. 2006;36(1):27–43.

58. Happe F, Ronald A, Plomin R. Time to give up on a single explanation for autism. Nat Neurosci. 2006;9(10):1218–20.

59. Ozonoff S, Pennington BF, Rogers SJ. Executive function deficits in autism spectrum disorders and attention-deficit/hyperactivity disorder. J Child Psychol Psychiatry. 1991;32(7):1083–104.

60. Lawson RP, Rees G, Friston KJ. An aberrant precision account of autism. Front Hum Neurosci. 2014;8:302.

61. Sowa M, Meulenbroek R. Effects of physical exercise on autism spectrum disorders: A meta-analysis. Res Autism Spectr Disord. 2012;6(1):46–57.

62. Howlin P, Moss P, Savage S, Rutter M. Social outcomes in mid- to later adulthood among individuals diagnosed with autism and average nonverbal IQ as children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2013;52(6):572–81.

63. South M, Ozonoff S, McMahon WM. Repetitive behavior profiles in Asperger syndrome and high-functioning autism. J Autism Dev Disord. 2005;35(2):145–58.

64. Klinger LG, Klinger MR. Assessing the cognitive and adaptive abilities of individuals with autism spectrum disorder. In: Volkmar FR, editor. Autism and pervasive developmental disorders. 3rd ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2005. p. 177–99.

65. Bölte S, Poustka F. Comparing diagnostic instruments for autism spectrum disorders: ADOS and ADI-R. Autism. 2002;6(3):283–90.

66. Gotham K, Pickles A, Lord C. Standardizing ADOS scores for a measure of severity in autism spectrum disorders. J Autism Dev Disord. 2009;39(5):693–705.

67. Lord C, Rutter M, Le Couteur A. Autism diagnostic interview—revised: a revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. J Autism Dev Disord. 1994;24(5):659–85.

68. Wechsler D. Wechsler adult intelligence scale—fourth edition (WAIS–IV). San Antonio: Pearson; 2008.

69. Dunn W. The sensory profile: User's manual. San Antonio: Psychological Corporation; 1999.

70. Lai MC, Baron-Cohen S, Buxbaum JD. Autism. Lancet. 2014;383(9920):896–910.

71. Gillberg C, Billstedt E. Autism and Asperger syndrome: Coexistence with other clinical disorders. Acta Psychiatr Scand Suppl. 2000;102(407):321–30.

72. Gillberg C, Billstedt E. Autism spectrum disorders and psychiatric comorbidity. J Child Psychol Psychiatry. 2000;41(5):569–80.

73. Simonoff E, Pickles A, Charman T, Chandler S, Loucas T, Baird G. Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2008;47(8):921–9.

74. Matson JL, Nebel-Schwalm MS. Comorbid psychopathology with autism spectrum disorder in children: an overview. Res Dev Disabil. 2007;28(4):341–52.

75. van Steensel FJ, Bögels SM, Perrin S. Anxiety disorders in children and adolescents with autistic spectrum disorders: a meta-analysis. Clin Child Fam Psychol Rev. 2011;14(3):302–17.

76. Lever AG, Geurts HM. Psychiatric co-occurring symptoms and disorders in young, middle-aged, and older adults with autism spectrum disorder. J Autism Dev Disord. 2016;46(6):1916–30.

77. Lai MC, Kassee C, Besney R, Bonato S, Hull L, Mandy W, et al. Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: a systematic review and meta-analysis. Lancet Psychiatry. 2019;6(10):819–29.

78. Mazefsky CA, White SW. Emotion regulation: concepts & practice in autism spectrum disorder. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2014;23(1):15–24.

79. Uljarević M, Hocking DR, Sabatos-DeVito MG, et al. Repetitive behaviors in autism spectrum disorder: a clinical and research perspective. J Autism Dev Disord. 2020;50(5):1604–17.

80. Leekam SR, Prior MR, Uljarević M. Restricted and repetitive behaviors in autism spectrum disorders: a review of research in the last decade. Psychol Bull. 2011;137(4):562–93.

81. Wing L, Gould J. Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification. J Autism Dev Disord. 1979;9(1):11–29.

82. Shattuck PT, Roux AM, Hudson LE, et al. Services for adults with an autism spectrum disorder. Can J Psychiatry. 2012;57(5):284–91.

83. Bal VH, Kim SH, Fok M, et al. Community supports and service utilization among adults with autism spectrum disorder. Autism. 2021;25(5):1286–97.

84. Eaves LC, Ho HH. Young adult outcome of autism spectrum disorders. J Autism Dev Disord. 2008;38(4):739–47.

85. Taylor JL, Seltzer MM. Changes in the autism behavioral phenotype during the transition to adulthood. J Autism Dev Disord. 2010;40(12):1431–46.

86. Howlin P, Magiati I, Charman T. Systematic review of early intensive behavioral interventions for children with autism. Am J Intellect Dev Disabil. 2009;114(1):23–41.

87. Wehman P, Smith M, Schall C, et al. Transition from school to adulthood for youth with autism spectrum disorders: Review and recommendations. Focus Autism Other Dev Disabil. 2014;29(2):77–88.

88. White SW, Ollendick T, Bray BC, et al. Predictors of anxiety disorders in adolescents and adults with autism spectrum disorder. Autism Res. 2015;8(3):344–53.

89. Cheak-Zamora NC, Teti M, Maurer-Batjer A, et al. Mothers' perspectives on positive aspects of parenting children with autism spectrum disorder. J Autism Dev Disord. 2015;45(10):3317–28.

90. Falkmer M, Anderson K, Joosten A, Falkmer T. Diagnostic procedures in autism spectrum disorders: a systematic literature review. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2013;22(6):329–40.

91. Kuhlthau KA, Orlich F, Hall TA, Sikora D, Kovacs EA, Delahaye J, et al. Health-related quality of life in children with autism spectrum disorders: results from the autism treatment network. J Autism Dev Disord. 2010;40(6):721–9.