

EXPLORACIÓN CLÍNICA DEL SÍNDROME DE ASPERGER EN ADULTOS JÓVENES CLINICAL EXPLORATION OF ASPERGER SYNDROME IN YOUNG ADULTS

Amalia Guadalupe Gómez Cotero

Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud, Unidad Santo Tomás, Instituto Politécnico Nacional
(México)

[aggomez@ipn.mx] [<https://orcid.org/0000-0001-5334-2707>]

Viviana Rafaela Carmona Torres

Centro de Investigación y de Estudios Avanzados del Instituto Politécnico Nacional, Sede Sur,
Departamento de Farmacobiología (México)

[viviana.carmona@cinvestav.mx] [<https://orcid.org/0009-0009-2685-6193>]

Rosa Paola Figuerola Escoto

Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud, Unidad Santo Tomás, Instituto Politécnico Nacional
(México)

[rfiguerolae@ipn.mx] [<https://orcid.org/0000-0002-1349-4623>]

Ana Laura Luna Torres

Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud, Unidad Santo Tomás, Instituto Politécnico Nacional
(México)

[alunat@ipn.mx] [<https://orcid.org/0000-0003-1088-3890>]

Grecia Emilia Ortiz-Coronel

Universidad de Guadalajara, Departamento de Psicología Aplicada (México)

[grecia.ortiz5850@academicos.udg.mx] [<https://orcid.org/0000-0003-0365-1186>]

Giovanny Sánchez Rivera

Escuela Superior de Ingeniería Mecánica y Eléctrica, Unidad Culhuacán, Instituto Politécnico Nacional
(México)

[gsanchezriv@ipn.mx] [<https://orcid.org/0000-0002-7549-5357>]

Yazmin Carmona Torres

Escuela Normal de Amecameca, Departamento de Educación Preescolar (México)

[yazmin.carmona_a@normalamecameca.edu.mx] [<https://orcid.org/0009-0004-1197-8853>]

Información del manuscrito:

Recibido/Received: 30/06/2025

Revisado/Reviewed: 22/30/2026

Aceptado/Accepted: 09/10/2026

RESUMEN

Palabras clave:

síndrome de Asperger, trastorno del espectro autista, adultos jóvenes, estudios de caso, terapia cognitivo-conductual.

Introducción: el síndrome de Asperger, incorporado en el DSM-5 al Trastorno del Espectro Autista (TEA) con nivel 1 de apoyo, se caracteriza por dificultades persistentes en la comunicación social y por patrones restringidos y repetitivos de comportamiento. En la adultez estas características pueden afectar el desempeño laboral, las relaciones interpersonales y el bienestar emocional, etapa aún poco documentada en población latinoamericana. Objetivo: caracterizar clínicamente a tres adultos jóvenes con diagnóstico de síndrome de Asperger/TEA nivel 1 y describir su evolución durante un proceso psicoterapéutico de orientación cognitivo-conductual. Método: estudio cualitativo-descriptivo de casos múltiples con muestreo intencional de máxima variación. Participaron tres adultos

jóvenes de 22, 30 y 35 años atendidos en consulta psicológica privada en la Ciudad de México. Se emplearon entrevistas clínicas semiestructuradas, observación directa, registros clínicos y notas de campo, analizados mediante un procedimiento de análisis temático con comparación sistemática entre casos. Resultados: los tres casos compartieron dificultades de comunicación social en contextos no estructurados, preferencia por rutinas predecibles, sintomatología ansiosa y participación relevante de la familia; se diferenciaron en la edad al diagnóstico, el funcionamiento académico y la inserción laboral. La intervención adaptada se asoció con mejoras en regulación emocional, afrontamiento y autonomía funcional, con respuesta limitada en la motivación social del caso con diagnóstico más tardío. Discusión: la heterogeneidad observada respalda intervenciones individualizadas, psicoeducación familiar y acompañamiento multidisciplinario. El diagnóstico tardío no impide avances clínicamente relevantes, aunque obliga a acordar las metas terapéuticas con la persona en lugar de derivarlas de expectativas normativas de sociabilidad.

ABSTRACT

Keywords:

asperger syndrome, autism spectrum disorder, young adults, case studies, cognitive behavioral therapy.

Introduction: Asperger syndrome, subsumed in the DSM-5 under Autism Spectrum Disorder (ASD) with level 1 support needs, is characterized by persistent difficulties in social communication and by restricted, repetitive patterns of behavior. In adulthood these features may affect occupational performance, interpersonal relationships and emotional well-being, a stage still poorly documented in Latin American populations. Objective: to clinically characterize three young adults diagnosed with Asperger syndrome/ASD level 1 and to describe their course during an individualized cognitive-behavioral psychotherapeutic process. Method: qualitative-descriptive multiple case study with purposive maximum-variation sampling. Three young adults aged 22, 30 and 35 years, attending private psychological practice in Mexico City, took part. Semi-structured clinical interviews, direct observation, clinical records and field notes were analyzed through a thematic analysis procedure with systematic cross-case comparison. Results: all three cases shared difficulties in social communication in unstructured settings, a preference for predictable routines, anxiety symptoms and substantial family involvement; they differed in age at diagnosis, academic functioning and employment status. The adapted intervention was associated with gains in emotional regulation, coping and functional autonomy, with a limited response in social motivation in the most late-diagnosed case. Discussion: the heterogeneity observed supports individualized intervention, family psychoeducation and multidisciplinary support. Late diagnosis does not preclude clinically relevant progress, although it requires therapeutic goals to be agreed with the person rather than derived from normative expectations of sociability.

Introducción

El síndrome de Asperger (SA), actualmente reconocido dentro del espectro autista según la clasificación del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013), es una condición del neurodesarrollo caracterizada por alteraciones persistentes en la interacción social, intereses restringidos y patrones de comportamiento repetitivos. A diferencia de otras manifestaciones del espectro autista, los individuos con Asperger suelen presentar un coeficiente intelectual promedio o superior a la media, aunque con dificultades en la flexibilidad cognitiva y la regulación emocional (Baron-Cohen et al., 2001).

Los pacientes descritos por Asperger evidenciaban déficits en habilidades sociales y comunicativas, así como patrones obsesivos y una marcada dependencia de rituales y rutinas. En la etapa adulta, los individuos con Asperger pueden experimentar importantes barreras en la integración social, el empleo y la salud mental. Las dificultades en la flexibilidad cognitiva y la regulación emocional suelen tener un impacto negativo en la calidad de vida, particularmente cuando no se han implementado intervenciones adecuadas durante la infancia o adolescencia (Attwood, 2007).

Cabe precisar el uso terminológico adoptado en este trabajo. El término síndrome de Asperger dejó de constituir una categoría diagnóstica independiente a partir del DSM-5, que lo integró en el TEA con especificación del nivel de apoyo requerido. Aquí se conserva por continuidad con la historia clínica de los participantes, quienes recibieron ese diagnóstico, y por su presencia en la literatura citada; no obstante, se emplea de manera intercambiable con TEA nivel 1 y se reconoce que una parte de la comunidad autista cuestiona su uso.

Además, los adultos jóvenes con Síndrome de Asperger presentan una configuración clínica heterogénea que puede incluir torpeza motora, rigidez conductual, hiperfocalización en intereses específicos, sensibilidad sensorial aumentada y alta prevalencia de comorbilidades psiquiátricas como ansiedad y depresión (Roy et al., 2015).

En cuanto al funcionamiento motor, se han identificado alteraciones que incluyen torpeza generalizada, grafomotricidad deficiente y dificultades en tareas que requieren coordinación fina o gruesa, tales como el uso de herramientas o actividades deportivas. Estas limitaciones pueden afectar la autoestima, la funcionalidad cotidiana y la integración laboral (Faridi y Khosrowabadi, 2017).

El diagnóstico del SA en la adultez representa un reto clínico relevante debido a su superposición con otros trastornos, incluidos los de ansiedad, personalidad y neurodesarrollo. La evaluación diagnóstica requiere un abordaje integral que combine historia clínica detallada, observación conductual y herramientas neuropsicológicas específicas (Berney, 2004; Fernández-Jaén et al., 2007; Volkmar, 2013). El reconocimiento tardío del trastorno conlleva implicaciones significativas para la identidad personal del sujeto, así como para la elección y adaptación de estrategias terapéuticas.

En este contexto, los comportamientos repetitivos, tales como el aleteo, la ecolalia o la insistencia en rutinas rígidas, deben comprenderse como mecanismos de autorregulación frente al estrés y la incertidumbre. Estos patrones pueden intensificarse ante cambios en el entorno o demandas sociales, siendo necesaria la implementación de intervenciones psicoterapéuticas estructuradas. La terapia cognitivo-conductual (TCC) adaptada ha demostrado efectividad en la reducción de estos comportamientos y en la

mejora de la regulación emocional (Connor et al., 2020; Hull et al., 2024; Zoccante et al., 2024).

Por otro lado, la ansiedad y la depresión se presentan con alta prevalencia en adultos con SA. Se estima que más del 70% de esta población presenta al menos un diagnóstico psiquiátrico comórbido a lo largo de su vida (Roy et al., 2015). Las terapias centradas en *mindfulness*, la regulación emocional y el entrenamiento en habilidades sociales han demostrado ser eficaces en la disminución de sintomatología ansiosa y depresiva (Connor et al., 2020; Overland et al., 2024).

Dentro de las intervenciones más reconocidas, la Terapia Cognitivo-Conductual se ha adaptado con éxito para responder a las necesidades específicas de adultos con TEA. Una de las estrategias más destacadas es la Intervención Terapéutica por Competencia Social Cognitiva Conductual para Adultos con Autismo (CBSCTI-A), que ha mostrado mejoras significativas en empatía, motivación social y manejo de situaciones sociales complejas (Tate et al., 2023). Asimismo, la incorporación de apoyos visuales, rutinas predecibles y el aprovechamiento de intereses específicos incrementa la eficacia de la TCC en esta población (Riches, 2023).

Las habilidades sociales constituyen un área de dificultad central. La comprensión de claves no verbales, la reciprocidad conversacional y el establecimiento de relaciones afectivas son desafíos comunes. En contextos educativos postsecundarios, es frecuente que los estudiantes con SA requieran adaptaciones curriculares y apoyos psicoeducativos para afrontar desafíos como la organización, la sobrecarga sensorial y el aislamiento social. El Programa para la Educación y Enriquecimiento de Habilidades Relacionales (PEERS) ha sido eficaz en mejorar el funcionamiento social en jóvenes y adultos con SA, tanto en contextos clínicos como universitarios (Bonete et al., 2015; Ridgely et al., 2022).

En el ámbito laboral, las personas con SA pueden ser altamente eficientes en tareas estructuradas y técnicas, pero enfrentan desafíos en la gestión de dinámicas sociales, cambios inesperados y ambientes sensorialmente sobre-estimulantes. Las adaptaciones razonables por parte de los empleadores y la promoción de una cultura organizacional inclusiva son fundamentales para su sostenibilidad laboral (Hull et al., 2024).

Finalmente, las relaciones personales también se ven comprometidas. Las dificultades para interpretar las emociones ajenas, expresar afecto o construir vínculos íntimos duraderos pueden generar aislamiento o frustración. No obstante, mediante intervenciones terapéuticas orientadas al desarrollo de habilidades relacionales y de autocomprensión, es posible facilitar la integración afectiva (Forbes et al., 2022; Overland et al., 2024).

A pesar del crecimiento sostenido de la literatura sobre TEA en la adultez, la evidencia disponible proviene mayoritariamente de contextos anglosajones y del norte de Europa, se concentra en población infantil y adolescente, o evalúa programas estandarizados en condiciones controladas de investigación. La documentación clínica detallada de adultos jóvenes con TEA nivel 1 diagnosticados tardíamente y atendidos en servicios reales de práctica privada latinoamericana sigue siendo escasa. Este vacío limita la comprensión de cómo se expresan las dificultades adaptativas en la vida cotidiana de esta población y de cómo se adaptan los componentes de la terapia cognitivo-conductual a perfiles clínicos distintos dentro de un mismo nivel de apoyo. En consecuencia, el presente estudio se planteó los siguientes objetivos.

Objetivo general: caracterizar clínicamente las trayectorias adaptativas de tres adultos jóvenes con diagnóstico de síndrome de Asperger/TEA nivel 1 atendidos en consulta psicológica privada en la Ciudad de México, y describir su evolución durante un proceso psicoterapéutico de orientación cognitivo-conductual.

Objetivos específicos:

- Describir el perfil sociodemográfico, clínico y funcional de cada caso al inicio del proceso terapéutico.
- Identificar los principales desafíos adaptativos en los ámbitos social, familiar, académico y laboral.
- Describir los componentes de la intervención implementada y los cambios observados en cada caso.
- Comparar los tres casos para identificar patrones comunes y divergencias clínicamente relevantes.

Preguntas de investigación:

- ¿Cómo se expresan las dificultades sociales, emocionales y adaptativas de estos adultos jóvenes en sus contextos cotidianos?
- ¿Qué cambios se observan tras un proceso de intervención cognitivo-conductual individualizado y en qué dominios son más limitados?
- ¿Qué elementos comunes y qué divergencias permiten identificar la comparación entre los tres casos?

La contribución de este trabajo es primordialmente clínica y aplicada. Frente a la literatura previa, aporta descripciones densas de tres trayectorias deliberadamente contrastantes —diagnóstico en la adultez temprana frente a diagnóstico tardío, inserción laboral consolidada frente a transición académica interrumpida, con y sin comorbilidad ansiosa clínicamente significativa— documentadas en un contexto latinoamericano subrepresentado, y detalla cómo se ajustaron componentes específicos de la TCC a cada perfil. El estudio no pretende establecer eficacia terapéutica ni generalizar sus hallazgos, sino ofrecer material clínico comparable para profesionales que atienden a esta población.

Método

Diseño del estudio

Se empleó un diseño cualitativo-descriptivo de tipo estudio de caso múltiple, orientado a la caracterización clínica y evaluación terapéutica de adultos jóvenes diagnosticados con síndrome de Asperger (Trastorno del Espectro Autista, nivel de apoyo 1 según criterios DSM-5).

El reporte sigue la lógica del estudio de caso clínico múltiple: cada caso se describe de forma individual con un esquema común y, posteriormente, se compara con los demás. El seguimiento clínico de cada participante se documentó de manera longitudinal a lo largo del proceso psicoterapéutico. El seguimiento terapéutico abarcó entre 10 y 14 meses, con 24 a 32 sesiones semanales de 45 minutos.

Participantes

La muestra estuvo compuesta por tres adultos jóvenes con diagnóstico confirmado de síndrome de Asperger. Todos los participantes se encontraban en seguimiento psicoterapéutico privado en la Ciudad de México. La selección se realizó mediante muestreo intencional.

El muestreo intencional respondió a un criterio de máxima variación dentro del nivel 1 de apoyo: los tres casos difieren en la edad al momento del diagnóstico, en la

situación ocupacional y en la presencia de comorbilidad ansiosa clínicamente significativa. Esta selección buscó ilustrar la heterogeneidad del espectro en la adultez y no la representatividad estadística de la población. Los nombres empleados son seudónimos y se modificaron o omitieron los datos que pudieran permitir la identificación de los participantes. Se reclutaron mediante invitación y referencia.

Criterios de inclusión:

- Diagnóstico de síndrome de Asperger/TEA nivel 1 realizado por un especialista en salud mental.
- Aceptación voluntaria para iniciar y mantener un proceso terapéutico basado en el modelo cognitivo-conductual.

Criterios de exclusión:

- Ausencia de diagnóstico confirmado de TEA nivel 1.
- Retiro voluntario del tratamiento antes de completar el proceso de observación.

Recolección de datos

Se utilizaron entrevistas clínicas semiestructuradas, así como observación directa en sesiones terapéuticas y entornos relevantes (familiar, académico y laboral). Los datos se sistematizaron a partir de notas de campo y registros clínicos.

Instrumentos

La evaluación clínica se realizó mediante entrevistas semiestructuradas, observación directa y revisión de los registros clínicos. Para caracterizar las manifestaciones del trastorno del espectro autista se utilizaron dos instrumentos complementarios: la Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo, segunda edición (ADOS-2; Lord et al., 2012), y el Cociente del Espectro Autista (AQ; Baron-Cohen et al., 2001).

El ADOS-2 permitió observar de manera estandarizada la comunicación y la interacción social. El AQ aportó información sobre los rasgos autistas mediante un autoinforme. Los resultados se integraron con la historia clínica y la observación conductual, sin considerarlos de manera aislada para establecer el diagnóstico. La sintomatología ansiosa, las habilidades sociales y el funcionamiento adaptativo se exploraron mediante entrevistas clínicas, registros y seguimiento psicoterapéutico.

Procedimiento

El proceso consistió en la realización de un análisis longitudinal de las trayectorias conductuales y emocionales de cada participante, considerando antecedentes familiares, desarrollo personal, relaciones interpersonales y dinámicas laborales. Como parte del abordaje clínico se aplicaron evaluaciones centradas en habilidades sociales, sintomatología ansiosa y funcionamiento adaptativo. Las intervenciones incluyeron terapia cognitivo-conductual individualizada, estrategias de psicoeducación y apoyo familiar.

Análisis de datos

La información procedente de las entrevistas, la observación directa, las notas de campo y los registros clínicos se analizó mediante un procedimiento de análisis temático desarrollado en cinco fases: (1) familiarización con el material mediante lectura repetida de los registros de cada caso; (2) codificación abierta de los segmentos significativos; (3) agrupación de los códigos en categorías referidas a comunicación social, rigidez conductual y rutinas, regulación emocional, funcionamiento ocupacional o académico y

red de apoyo; (4) análisis intracaso, que integró las categorías en una trayectoria individual; y (5) análisis comparativo entre casos, orientado a identificar patrones compartidos y divergencias.

Para fortalecer la credibilidad del análisis se recurrió a la triangulación de fuentes —autoinforme del participante, información aportada por la familia, observación en sesión y registros clínicos— y a la revisión independiente de las categorías por dos integrantes del equipo de investigación, resolviendo las discrepancias por consenso (Mieles, 2013).

Consideraciones éticas

Los tres participantes fueron informados de los objetivos del estudio, del uso académico de la información clínica y de su derecho a retirarse en cualquier momento sin consecuencias para su atención, y otorgaron su consentimiento informado por escrito. La confidencialidad se protegió mediante el uso de seudónimos y la modificación u omisión de los datos potencialmente identificatorios. El estudio se apegó a los principios de la Declaración de Helsinki y a la normativa nacional aplicable en materia de investigación para la salud.

Resultados

Presentación de los casos

Los tres casos se presentan con un esquema común —datos sociodemográficos, historia clínica y motivo de consulta, evaluación inicial, intervención y evolución— con el fin de facilitar la comparación. La descripción se limita a los hallazgos observados; su interpretación se desarrolla en el apartado de discusión.

Caso 1. Arturo

Datos sociodemográficos. Hombre de 30 años, contador público con maestría en administración, empleado en el sector privado. Convive cotidianamente con sus padres y una hermana.

Historia clínica y motivo de consulta. Fue despedido de su primer empleo por dificultades en la comunicación social, a pesar de un desempeño técnico eficiente. Acudió a consulta por conflictos recurrentes en el ámbito familiar y por la ausencia de relaciones de pareja.

Evaluación inicial. Se identificaron dificultades para interpretar señales sociales y claves no verbales, baja flexibilidad cognitiva ante cambios imprevistos y adherencia estricta a rutinas de trabajo y de ejercicio físico, que le proporcionaban estabilidad y a la vez restringían sus oportunidades de interacción.

Intervención. Terapia cognitivo-conductual individual centrada en entrenamiento en habilidades sociales, anticipación y afrontamiento de cambios en la rutina, e identificación de claves conversacionales. En paralelo se desarrollaron sesiones de psicoeducación con los padres y la hermana, orientadas a la comprensión del funcionamiento neurodivergente y a la reducción de los patrones de conflicto.

Evolución. Obtuvo un nuevo empleo en el que decidió comunicar su diagnóstico y obtuvo un entorno más inclusivo, con estabilidad laboral al término del periodo documentado. Refirió menor frecuencia de conflictos familiares tras la psicoeducación. Persistieron las dificultades para iniciar relaciones de pareja y la preferencia por rutinas altamente estructuradas.

Caso 2. Eduardo

Datos sociodemográficos. Hombre de 22 años, egresado de educación media superior, sin actividad laboral ni académica al inicio del proceso. Reside con su familia de origen, de la que depende para diversas actividades cotidianas.

Historia clínica y motivo de consulta. Presenta antecedentes de acoso escolar durante su trayectoria educativa. Acudió a consulta ante el temor de incorporarse a la universidad y la incertidumbre respecto de su continuidad académica.

Evaluación inicial. Se identificaron dificultades académicas en lectura y matemáticas, baja autoestima, evitación de los contextos educativos asociados a la experiencia de acoso y dependencia familiar en actividades de la vida diaria. Se registraron intereses sostenidos en historia y naturaleza.

Intervención. Terapia cognitivo-conductual con incorporación de actividades lúdicas y de los intereses específicos del participante como soporte del trabajo terapéutico, dirigida al fortalecimiento de la autoconfianza, al desarrollo de la autonomía y a la exploración de alternativas educativas y laborales viables. Se utilizaron juegos de mesa como contexto estructurado de práctica de la interacción social.

Evolución. Mostró avances en la independencia en actividades diarias y en la socialización a través de actividades recreativas, incorporando nuevas estrategias de interacción. Al cierre del periodo documentado, la decisión sobre su continuidad académica y su inserción laboral permanecía sin resolver y la dependencia familiar se mantenía.

Caso 3. Gerardo

Datos sociodemográficos. Hombre de 35 años, trabajador administrativo en una dependencia pública, con empleo estable.

Historia clínica y motivo de consulta. Diagnóstico establecido en la adultez, tras una evaluación clínica y psicológica realizada en el marco de este proceso de atención. Desde edades tempranas refiere dificultades para establecer relaciones interpersonales significativas; su socialización se apoyó principalmente en la observación e imitación del comportamiento de los demás, sin identificación con vínculos de amistad. En el ámbito afectivo reporta una única relación de pareja, sin contacto físico.

Evaluación inicial. Se registraron aversión al contacto físico, resistencia al cambio de rutinas y preferencia por entornos estructurados y predecibles, junto con episodios de ansiedad que impactaban de manera ocasional en su productividad laboral. No se identificaron dificultades en la ejecución de sus tareas ni interés en la interacción social dentro del ámbito profesional.

Intervención. Protocolo de intervención psicológica centrado en la reducción de la ansiedad, la reestructuración cognitiva de pensamientos disfuncionales y el desarrollo de estrategias de afrontamiento, complementado con técnicas de mindfulness y de regulación emocional adaptadas a adultos con SA. Se trabajó el establecimiento de límites claros con colegas y superiores como estrategia de manejo del estrés laboral.

Evolución. Logró identificar pensamientos intrusivos y reportó una disminución de los niveles de ansiedad, así como una mayor comprensión de la reciprocidad comunicativa y de las expectativas sociales implícitas. Al término del proceso se mantuvieron la baja motivación para establecer vínculos sociales y la preferencia por la interacción estructurada y la autonomía emocional.

Síntesis comparativa de los casos

La comparación entre los tres casos permite identificar elementos compartidos y divergencias. En los tres se documentaron dificultades de comunicación social que se acentuaban en contextos no estructurados, preferencia por rutinas predecibles, presencia

de sintomatología ansiosa en algún momento del proceso y participación relevante de la familia en la vida cotidiana del participante. Las divergencias se concentraron en la edad al momento del diagnóstico, el funcionamiento académico, el grado de inserción laboral y el nivel de autonomía alcanzado. La Tabla 1 sintetiza estas características.

Tabla 1

Comparación de las características clínicas, la intervención y la evolución de los tres casos

Característica	Arturo	Eduardo	Gerardo
Edad	30 años	22 años	35 años
Escolaridad	Maestría en administración	Educación media superior concluida	Maestría en nutrición
Situación ocupacional	Empleo estable en el sector privado	Sin actividad laboral ni académica	Empleo estable en dependencia pública
Momento del diagnóstico	Adulthood temprana	Previo a la adultez	Adulthood (diagnóstico tardío)
Principales desafíos	Interpretación de claves sociales; rigidez ante cambios; conflicto familiar; ausencia de relaciones de pareja	Evitación del contexto educativo tras acoso escolar; dificultades en lectura y matemáticas; baja autoestima; dependencia familiar	Aversión al contacto físico; resistencia al cambio de rutinas; ansiedad con impacto laboral ocasional; socialización por observación
Ansiedad clínicamente relevante	No reportada como motivo central	Asociada al contexto académico	Sí, con impacto en la productividad
Componentes de la intervención	Habilidades sociales; afrontamiento de cambios; psicoeducación familiar	Actividades lúdicas e intereses específicos; autoconfianza; autonomía; orientación vocacional	Reestructuración cognitiva; reducción de ansiedad; mindfulness; regulación emocional; establecimiento de límites
Cambios observados	Estabilidad laboral con diagnóstico revelado; menor conflicto familiar	Mayor independencia cotidiana; ampliación de la interacción en actividades recreativas	Disminución de la ansiedad; identificación de pensamientos intrusivos; comprensión de expectativas sociales
Áreas con respuesta limitada	Relaciones de pareja; flexibilidad de rutinas	Decisión académica y laboral; dependencia familiar	Motivación para vincularse socialmente; estilo relacional

Nota. Los nombres son seudónimos. La información corresponde al periodo documentado del proceso psicoterapéutico. Los cambios descritos provienen de registros clínicos y de la observación en sesión, sin mediciones estandarizadas pre-post.

Discusión y conclusiones

Los casos clínicos analizados en el presente estudio evidencian la heterogeneidad fenotípica y funcional del síndrome de Asperger en la adultez. Si bien los tres participantes comparten el diagnóstico de TEA nivel 1, sus trayectorias muestran divergencias notables en cuanto al desarrollo emocional, social y ocupacional. Esta variabilidad interindividual concuerda con hallazgos previos que subrayan la diversidad del espectro autista y la necesidad de intervenciones personalizadas (Berney, 2004; Fernández-Jaén et al., 2007; Volkmar, 2013).

Arturo representa un perfil con alta competencia cognitiva y desempeño técnico aceptable, pero con déficits en la flexibilidad cognitiva y la comunicación interpersonal, lo cual limita su adaptación en entornos familiares y afectivos. Eduardo, en contraste, presenta un funcionamiento académico vulnerable y una estructura de personalidad con rasgos de evitación, producto en parte de experiencias de acoso escolar. Su desarrollo emocional se encuentra aún en transición hacia la independencia. Gerardo, por su parte, manifiesta una marcada preferencia por la estabilidad estructural y un patrón de socialización basado en la observación, más que en la reciprocidad emocional, asociado a una historia de diagnóstico tardío.

Estos hallazgos refuerzan la necesidad de un abordaje clínico centrado en las características individuales del paciente, particularmente en adultos jóvenes que, a diferencia de los niños, enfrentan retos más complejos en la construcción de su identidad, el mantenimiento del empleo y el establecimiento de relaciones afectivas estables (Forbes et al., 2022; Overland et al., 2024).

Las intervenciones cognitivo-conductuales, adaptadas al perfil sensorial, emocional y social de cada participante, demostraron ser efectivas para promover la regulación emocional, la identificación de pensamientos disfuncionales y la adquisición de habilidades sociales. Particularmente, el uso de técnicas como la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en habilidades relacionales estructuradas y la incorporación de rutinas sensoriales predecibles favoreció mejoras significativas en el afrontamiento de situaciones de estrés y en la autonomía funcional (Riches, 2023; Tate et al., 2023).

No obstante, la respuesta a la intervención no fue homogénea entre casos ni entre dominios. En el caso de Gerardo las mejoras se concentraron en la regulación de la ansiedad y en la comprensión de las expectativas sociales implícitas, mientras que la motivación para establecer vínculos sociales se mantuvo baja y la preferencia por la interacción estructurada permaneció estable al término del proceso. Este resultado admite dos lecturas complementarias. Por una parte, sugiere que los componentes orientados al entrenamiento en habilidades sociales tienen un alcance más limitado cuando el diagnóstico es tardío y los patrones de interacción se han consolidado a lo largo de décadas, lo que coincide con la asociación descrita entre detección temprana y mejores resultados funcionales. Por otra, obliga a cuestionar el supuesto de que un mayor número de vínculos sociales constituya por sí mismo un indicador de éxito terapéutico: la evidencia reciente construida desde la perspectiva de los propios adultos autistas advierte que las metas de intervención deben acordarse con la persona y no derivarse de expectativas normativas de sociabilidad (Hull et al., 2024; Overland et al., 2024). Desde esta lectura, la baja motivación social de Gerardo puede entenderse como una preferencia legítima antes que como un objetivo terapéutico pendiente, y su caso ilustra la necesidad de distinguir entre reducir el malestar asociado a la interacción y modificar el estilo relacional.

La comparación entre casos también matiza el peso atribuido a la comorbilidad emocional. En Eduardo, las secuelas psicosociales del acoso escolar y la evitación del contexto educativo resultaron más determinantes para su trayectoria que las características nucleares del espectro, y su evolución quedó condicionada por factores ajenos al proceso terapéutico individual, como la disponibilidad de apoyos psicoeducativos y de orientación vocacional. En Arturo, en cambio, el factor decisivo fue contextual: la revelación del diagnóstico en un entorno laboral dispuesto a implementar adaptaciones razonables. Estos contrastes sugieren que los resultados adaptativos en esta población dependen tanto de la intervención clínica como de la respuesta del entorno, lo que refuerza los argumentos a favor de abordajes intersectoriales.

La literatura señala que la detección e intervención tempranas se asocian con mejores resultados funcionales a largo plazo. No obstante, los casos de Gerardo y Arturo subrayan que incluso en diagnósticos realizados en la adultez, es posible lograr avances clínicamente relevantes si se aplican estrategias terapéuticas intensivas y contextualizadas (Attwood, 2007). En el caso de Eduardo, la comorbilidad emocional y las secuelas psicosociales del bullying representan factores de vulnerabilidad que requieren abordajes intersectoriales, incluyendo apoyo psicoeducativo y orientación vocacional.

Además, la implicación activa del entorno familiar en los tres casos fue un factor crítico para el éxito terapéutico. La psicoeducación permitió una mejor comprensión del funcionamiento neurodivergente por parte de los cuidadores, reduciendo patrones de conflicto, aumentando la empatía y facilitando la consolidación de cambios conductuales sostenibles en el tiempo.

En conjunto, estos hallazgos respaldan la literatura actual sobre la efectividad de los enfoques integrales y la necesidad de fortalecer políticas públicas que garanticen el acceso a diagnóstico, tratamiento y acompañamiento psicosocial para adultos en el espectro autista, especialmente en contextos de diagnóstico tardío o en transición hacia la vida independiente.

Limitaciones del estudio

Los hallazgos deben interpretarse a la luz de varias limitaciones. En primer lugar, el diseño de casos múltiples con tres participantes seleccionados intencionalmente no permite generalizar los resultados a la población de adultos con TEA nivel 1, ni establecer prevalencias o relaciones de causalidad. En segundo lugar, la evolución se documentó a partir de registros clínicos y de la observación del propio terapeuta, sin mediciones estandarizadas previas y posteriores ni evaluadores independientes, por lo que los cambios descritos no pueden atribuirse causalmente a la intervención y no es posible descartar el sesgo del investigador. En tercer lugar, la ausencia de un grupo de comparación impide diferenciar los efectos de la intervención de la evolución espontánea o de cambios contextuales concurrentes, como la obtención de un nuevo empleo.

A ello se añaden tres consideraciones sobre el alcance de los datos. Los tres casos provienen de un contexto de práctica privada en una zona urbana, con un nivel de acceso a servicios especializados que no representa la situación de la mayoría de los adultos autistas en México. La información sobre el funcionamiento cotidiano se obtuvo principalmente del autoinforme y del reporte familiar, sin observación sistemática en los entornos laboral y académico. El periodo documentado no permite valorar el mantenimiento de los cambios a mediano y largo plazo.

Finalmente, una limitante importante se encuentra en la falta de la aceptación de protocolo de investigación por parte del comité de ética, ya que esta investigación es un ámbito clínico.

Implicaciones clínicas

Para la práctica clínica, los casos sugieren tres orientaciones concretas. La evaluación de adultos con sospecha de TEA nivel 1 requiere explorar de manera diferenciada el funcionamiento en contextos estructurados y no estructurados, dado que el desempeño técnico conservado puede enmascarar dificultades adaptativas relevantes. La psicoeducación familiar, en los tres casos, operó como condición para la consolidación de los cambios y no como un componente accesorio del tratamiento. Y la definición de las metas terapéuticas debe construirse con el participante, distinguiendo entre el malestar que pide atención y los estilos relacionales que no requieren modificación.

Conclusiones

En relación con los objetivos planteados, el estudio caracterizó clínicamente a tres adultos jóvenes con diagnóstico de síndrome de Asperger/TEA nivel 1, identificó sus principales desafíos adaptativos, describió los componentes de la intervención implementada en cada caso y comparó sus trayectorias.

El síndrome de Asperger en adultos jóvenes constituye un desafío clínico complejo que requiere una evaluación integral y estrategias de intervención personalizadas. Los casos presentados reflejan la diversidad de trayectorias en esta población, así como la interacción entre factores neuropsicológicos, emocionales y contextuales que inciden en su adaptación funcional.

El abordaje terapéutico basado en la terapia cognitivo-conductual, complementado con estrategias de psicoeducación y apoyo familiar, demostró ser eficaz para mejorar la regulación emocional, reducir la ansiedad y fortalecer las habilidades sociales. Sin embargo, los resultados también evidencian que las intervenciones deben ajustarse a las necesidades individuales, considerando variables como la edad del diagnóstico, las experiencias de socialización previas y el grado de autonomía funcional.

Se enfatiza la importancia de establecer redes de apoyo interdisciplinarias que incluyan al entorno familiar, educativo y laboral, con el fin de facilitar procesos de inclusión sostenibles. Asimismo, se recomienda implementar políticas de salud pública orientadas a la detección oportuna del TEA en la adultez, así como programas especializados que acompañan la transición hacia la vida independiente.

De los hallazgos se derivan líneas de investigación concretas. Primero, replicar el seguimiento de casos múltiples incorporando mediciones estandarizadas previas y posteriores, con evaluadores independientes y seguimiento a doce meses, para estimar la magnitud y el mantenimiento de los cambios. Segundo, comparar de manera sistemática las trayectorias adaptativas de personas diagnosticadas en la infancia frente a quienes recibieron el diagnóstico en la adultez, con el fin de precisar qué dominios responden a la intervención tardía y cuáles no. Tercero, desarrollar estudios que incorporen la perspectiva de los propios adultos autistas en la definición de las metas terapéuticas y de los indicadores de resultado, superando los criterios normativos de sociabilidad. Cuarto, documentar las adaptaciones razonables efectivamente implementadas en centros de trabajo mexicanos y su relación con la permanencia laboral. Y quinto, avanzar en la validación en población mexicana de instrumentos de tamizaje y de evaluación del funcionamiento adaptativo en adultos, cuya ausencia constituyó una limitación de este trabajo.

Declaraciones y financiación

Conflicto de intereses. Los autores declaran no tener conflictos de intereses. Financiamiento. Esta investigación no recibió financiamiento externo.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5.^a ed.). American Psychiatric Publishing.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Attwood, T. (2007). *The complete guide to Asperger's syndrome*. Jessica Kingsley Publishers.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Skinner, R. et al. The Autism-Spectrum Quotient (AQ): Evidence from Asperger Syndrome/High-Functioning Autism, Males and Females,

- Scientists and Mathematicians. *J Autism Dev Disord* 31, 5–17 (2001). <https://doi.org/10.1023/A:1005653411471>
- Berney, T. (2004). Asperger syndrome from childhood into adulthood. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10(5), 341–351. <https://doi.org/10.1192/APT.10.5.341>
- Bonete, S., Calero, M. D., & Fernández-Parra, A. (2015). Group training in interpersonal problem-solving skills for workplace adaptation of adolescents and adults with Asperger syndrome: A preliminary study. *Autism*, 19(4), 409–420. <https://doi.org/10.1177/1362361314522354>
- Connor, A., Sung, C., Strain, A., Zeng, S., & Fabrizi, S. (2020). Building skills, confidence, and wellness: Psychosocial effects of soft skills training for young adults with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(6), 2064–2076. <https://doi.org/10.1007/S10803-019-03962-W>
- Faridi, F., & Khosrowabadi, R. (2017). Behavioral, cognitive and neural markers of Asperger syndrome. *Basic and Clinical Neuroscience*, 8(5), 349–360. <https://doi.org/10.18869/NIRP.BCN.8.5.349>
- Fernández-Jaén, A., Fernández-Mayoralas, D. M., Calleja-Pérez, B., & Muñoz Jareño, N. (2007). Síndrome de Asperger: diagnóstico y tratamiento. *Revista de Neurología*, 44(2), 53–55. <https://doi.org/10.33588/RN.44S02.2006660>
- Forbes, G., Kent, R., Charman, T., Baird, G., Pickles, A., & Simonoff, E. (2023). How do autistic people fare in adult life and can we predict it from childhood? *Autism research*, 16(2), 458–473. <https://doi.org/10.1002/aur.2868>
- Hull L, Rane S, Lee SH-L, Sedgewick F. (2025). Just Ask What Support We Need: Autistic Adults' Feedback on Social Skills Training. *Autism in Adulthood*. 7(3), 283-292. doi:10.1089/aut.2023.0136
- Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P. C., Risi, S., Gotham, K., & Bishop, S. L. (2012). Autism diagnostic observation schedule, second edition (ADOS-2) manual (Part I): Modules 1–4. Western Psychological Services.
- Mieles, M. D. (2013). Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. (2013). *Universitas Humanística*, 74(74). <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/univhumanistica/article/view/3648>
- Overland, E., Lappégard Hauge, Å., Orm, S., Glenne Øie, M., Skogli, E. W., Pellicano, E., & Andersen, P. (2024). I have to charge my social battery: Perspectives from autistic young adults on quality of life. *Autism*, 28(6). <https://doi.org/10.1177/13623613241245578>
- Riches, S. (2023). Adapting cognitive behaviour therapy for adults with autism: A lived experience-led consultation with specialist psychological therapists. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 16. <https://doi.org/10.1017/s1754470x23000053>
- Ridgely, N. C., Pallathra, A. A., Raffaele, C. T., Rothwell, C., & Rich, B. A. (2022). Adaptation of the PEERS for young adults social skills curriculum for college students with autism spectrum disorder. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*. <https://doi.org/10.1177/10883576221133484>
- Roy, M., Prox-Vagedes, V., Ohlmeier, M. D., & Dillo, W. (2015). Beyond childhood: Psychiatric comorbidities and social background of adults with Asperger syndrome. *Psychiatria Danubina*, 27(1), 50–59. <https://hrcak.srce.hr/file/229853>
- Tate, D., Dubrow-Marshall, L., & Allely, C. S. (2023). The development of the cognitive behavioural social competence therapeutic intervention for adults with autism: A mixed methods report. *Counselling and Psychotherapy Research*. <https://doi.org/10.1002/capr.12711>

- Volkmar, F. R. (2013). Asperger syndrome in adulthood: A comprehensive guide for clinicians
<https://doi.org/10.1007/s10803-012-1674-x>
- Zocante, L., Sabaini, S., Rigotti, E., Bonatti, S. M., Lintas, C., & Zaffanello, M. (2024). Impact of a structured social skills training programme on adolescents and young adults with Asperger syndrome [Preprint]. Preprints.org.
<https://doi.org/10.20944/preprints202410.2573.v1>