

# Adaptaciones de las terapias psicológicas para adultos con Trastornos del Espectro Autista sin Discapacidad Intelectual

## *Psychological therapy adaptations for adults on the autism spectrum*

Francisco Musich<sup>1</sup>, Agustina Aragón-Daud<sup>2</sup>

### Resumen

La prevalencia de las condiciones del espectro autista ha ido en aumento en las últimas décadas, aunque esto no se ha reflejado en un aumento de la investigación clínica, por lo que se cuenta con evidencia insuficiente sobre los apoyos y adaptaciones que requieren los tratamientos psicológicos para esta población. Las terapias psicológicas basadas en evidencia frecuentemente están centradas en objetivos, generalmente a corto plazo, como la terapia cognitivo conductual, que integra modalidades cognitivas y conductuales. Debido a las altas tasas de comorbilidad en las personas con autismo, diversas terapias psicológicas se encuentran en el proceso de adaptar su implementación. Esta revisión explora las adaptaciones sugeridas en la investigación para la implementación de las terapias psicológicas en adultos con autismo sin discapacidad intelectual. Se requieren tanto adaptaciones en el encuadre como en las técnicas de intervención. Las adaptaciones en cada etapa de las terapias psicológicas son importantes para apoyar las diferencias, necesidades y preferencias del adulto con autismo. Para su correcta implementación son esenciales la formación profesional orientada al trabajo con esta población particular, e investigaciones sobre cómo optimizar el acceso de esta población a los servicios de salud mental.

**Palabras clave:** Trastorno del Espectro Autista - Adultos - Terapias Psicológicas - Terapia Cognitivo Conductual.

### Abstract

*The prevalence of autism spectrum conditions has been increasing in recent decades. However, this has not been reflected in an increase in clinical research, so there is insufficient evidence on the supports and adaptations that psychological treatments require for this population. Evidence-based psychological therapies are frequently goal-focused, usually short-term, such as cognitive behavioral therapy, which integrates cognitive and behavioral modalities. Due to the high rates of comorbidity in people with autism, various psychological therapies are in the process of adapting their delivery. This review explores research-suggested adaptations to implement psychological therapies in adults with autism without intellectual disability. Both formal and intervention techniques adaptations are required. Adaptations at each stage of psychological therapies are important to support the differences, needs, and preferences of the adult with autism. Professional training aimed at working with this particular population, and research on how to optimize the access of this population to mental health services are essential for its correct implementation.*

**Keywords:** Autism Spectrum Disorder - Adult - Psychological Therapy - Cognitive-Behavioral Therapy.

---

RECIBIDO 30/5/2022 - ACEPTADO 14/7/2022

<sup>1</sup>Doctor en Psicología. Centro de Investigación y Desarrollo en Neurociencias Cognitivas y Ciencias del Comportamiento (UMSA-BINCA). Instituto de Neurociencia Cognitiva y Traslacional (INCYT, Fundación INECO-Universidad Favaloro-CONICET). Fundación Equipo de Terapia Cognitiva Infanto-juvenil (ETCI).

<sup>2</sup>Estudiante de Psicología. Instituto de Neurociencia Cognitiva y Traslacional (INCYT, Fundación INECO-Universidad Favaloro-CONICET)

### Autor de referencia:

Francisco Musich

fmusich@ineco.org.ar

## Introducción

En la presente revisión usaremos la terminología en referencia al autismo de manera intercambiable, rotando de lenguaje “persona primero” e “identidad primero”. Este uso flexible de la terminología creemos refleja el dinamismo actual tanto en la investigación científica como en la comunidad autista. A su vez, estimamos el uso flexible de la terminología como más representativo de las distintas voces (Botema-Beutel et al., 2021; Vivanti, 2020).

La prevalencia del Trastorno del Espectro Autista (TEA) se estima en 1 de cada 54 personas (Maenner et al., 2020). De las personas diagnosticadas con TEA en la infancia, el 85% continúa cumpliendo criterios diagnósticos en la edad adulta (Billstedt et al., 2005). La falta de apoyo para esta población y los limitados resultados terapéuticos constituyen un problema social. Se ha estimado que el costo social per cápita de por vida de la población con TEA es de U\$S 3,2 millones por cada individuo, siendo la falta de productividad y el cuidado de adultos los principales contribuyentes (Ganz, 2007).

Las comorbilidades son un factor principal de los altos usos y costos de servicios de atención médica y psicológica de las personas con TEA (Vohra et al., 2017; Zerbo et al., 2019). Aproximadamente, más de la mitad de los adultos con TEA presentan comorbilidades, tasa considerablemente más alta que la de la población general (Croen et al., 2015; Hollocks et al., 2019; Lai et al., 2019). Las co-ocurrencias con grado de severidad moderado a grave se asocian con peores resultados en adultos (Cadman et al., 2012; Joshi et al., 2013; Smith et al., 2019). Si bien no se conocen completamente las razones que subyacen al mayor riesgo de comorbilidades, como ansiedad, depresión y tendencias suicidas, se establece que las personas con TEA enfrentan desafíos relacionados con el acceso a los servicios de salud mental y a la plena inclusión en la sociedad (Laxman et al., 2019; Leno & Simonoff, 2020; Maddox et al., 2019; Smith & White, 2020; Taylor & Seltzer, 2011), sumados a los factores de riesgo biológicos. A pesar de las altas tasas de condiciones comórbidas, las personas con autismo suelen experimentar dificultades para acceder a los servicios de salud física y mental (Adams & Young, 2020; Doherty et al., 2020; Mason et al., 2019; Walsh et al., 2020). Con relación a la terapia psicológica, la falta de conocimientos sobre los TEA y el respectivo tratamiento por parte de los profesionales contribuye al alto costo, el retraso en la atención y al empeoramiento de síntomas (Vohra et al., 2017). Existen varias barreras que limitan el acceso al tratamiento correspondiente, re-

lacionadas al servicio (falta de disponibilidad, tiempo de espera, atención inflexible), a los profesionales (falta de conocimientos y estigmatización, subestimación de las dificultades del paciente, falta de experiencia y adaptación de la terapia), y del paciente (dificultades propias del autismo) (Adams & Young, 2021; Walsh et al., 2020). En conjunto, los adultos con autismo pueden experimentar múltiples barreras para acceder a la terapia psicológica.

Diversas terapias psicológicas se encuentran en etapa de investigación para poder adaptar su contenido e implementación en la población autista. En esta revisión nos focalizaremos en la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), dado que ella presenta a la fecha el mayor número de estudios. La TCC es potencialmente útil para las personas con TEA sin Discapacidad Intelectual (DI) y el abordaje de los trastornos mentales comórbidos. Es una terapia orientada a objetivos, generalmente a corto plazo (en promedio de 6 a 20 sesiones), basada en teorías cognitivas y conductuales del comportamiento humano y en la psicopatología. Se sustenta en algunas ideas centrales: 1) nuestras cogniciones o pensamientos, emociones o sentimientos y conductas o respuestas están interrelacionadas; 2) los estilos de pensamiento y las respuestas desadaptativas hacia las experiencias angustiantes contribuyen al desarrollo y mantenimiento de los trastornos mentales, y 3) las emociones negativas pueden reforzar, y a su vez son amplificadas por, los estilos de pensamiento y las conductas desadaptativas en un círculo vicioso, manteniendo el trastorno mental (Westbrook et al., 2011). La TCC cuenta con evidencia científica bien establecida (David et al., 2018) y es una intervención de primera línea para muchos trastornos, incluidos los Trastornos de ansiedad, Depresión, Trastorno Bipolar (TB), Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) y Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2011). Entre las estrategias de la TCC se encuentra la psicoeducación, la conceptualización colaborativa del caso, las estrategias centradas en el comportamiento, así como la activación conductual, el entrenamiento de relajación y exposición graduada o experimentos conductuales; y las estrategias enfocadas a lo cognitivo, como la reestructuración cognitiva, y la resolución de problemas (Beck, 2020).

Sin embargo, algunos profesionales han expresado reservas con relación a ofrecer la TCC a adultos con TEA sin DI (Maddox et al., 2019; Maddox et al., 2020). Se ha planteado que las características centrales relacionadas con el autismo podrían potencialmente limi-

tar la idoneidad, aceptabilidad o efectividad de la TCC, como por ejemplo en relación con la alianza y el compromiso terapéutico (Anderson & Morris, 2006), y en el proceso cognitivo de identificar emociones, pensamientos y conductas asociadas, evaluar su impacto y flexibilizar algunos de esos tres componentes (Gaus, 2011a, 2011b; Spain, 2019). No obstante, el enfoque altamente estructurado, lógico y de “aquí y ahora” de la TCC puede alinearse bien con las necesidades y preferencias de los adultos con TEA. Además, las personas con TEA presentan dificultades como alexitimia (Bird & Cook, 2013), desregulación emocional (Cai et al., 2018), intolerancia a la incertidumbre (Boulter et al., 2014), inflexibilidad cognitiva (Ozsivadjian et al., 2020) y sesgos de procesamiento negativo (Hollocks et al., 2016). También experimentan altas tasas de victimización, aislamiento social y discriminación (Gaus, 2011a; Griffiths et al., 2019; South & Rodgers, 2017), lo que puede conducir a creencias y suposiciones negativas sobre uno mismo (por ejemplo: ser “raro” o “incompetente”, “no poder confiar en los demás”). En eventos estresantes, estas creencias se activan, y las personas con TEA a menudo experimentan emociones angustiantes que luego pueden perpetuarse aún más por pensamientos y patrones de conductas desadaptativas. Estas problemáticas son abordadas por la TCC mediante diferentes técnicas. Por ello, la TCC podría ser un enfoque adecuado y útil si se hacen las adaptaciones apropiadas (Spain & Happé, 2020).

Existe gran interés por comprender cuáles son las adecuaciones necesarias para aumentar la accesibilidad, la aceptabilidad y, a su vez, la eficacia de la terapia. Por ello, resulta indispensable determinar cuáles son las adaptaciones necesarias para intervenir en esta población. El presente trabajo explora las adaptaciones que son requeridas al aplicar la TCC a pacientes con TEA, y en general a las terapias psicológicas basadas en evidencia.

## Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en buscadores como Pubmed, Scielo, Dialnet y Psychinfo, de artículos publicados a partir del año 2000 en adelante.

## Eficacia de la TCC en adultos con TEA sin DI

La investigación empírica sobre la aplicación de la TCC a personas con TEA sin DI se ha realizado en gran medida en niños y adolescentes; sin embargo, hay un número creciente de estudios en poblaciones adultas (Weston et al., 2016). Si bien no se ha encon-

trado ningún meta-análisis de la TCC para adultos con TEA sin DI realizado hasta la fecha, se han encontrado dos revisiones sistemáticas sobre la efectividad de la TCC para adultos con TEA sin DI (Benevides et al., 2020; Spain, 2019), las cuales analizaron 15 estudios (una combinación de cuatro ensayos controlados aleatorios, otros estudios de intervención y estudios de casos) que incluyeron un total de 301 adultos con autismo. La mayoría se centró principalmente en las dificultades co-ocurrentes del estado de ánimo y la ansiedad (incluida la ansiedad social y el TOC). En general, la TCC, ya sea administrada individualmente o en grupos, fue efectiva para mejorar el estado de ánimo y la ansiedad autoevaluada y calificados por el profesional, y puede considerarse un enfoque emergente basado en la evidencia para adultos con TEA (Benevides et al., 2020; Spain, 2019). Sin embargo, los estudios han excluido principalmente a los adultos con TEA con DI y con condiciones de salud mental complejas, como psicosis, trastorno bipolar, tendencias suicidas y abuso de sustancias (Spain, 2019). Esto limita las conclusiones sobre la efectividad de la TCC para adultos con TEA y DI y/o comorbilidades de mayor complejidad.

## Adaptaciones

En base a la literatura empírica existente, describiremos en las siguientes secciones las adaptaciones recomendadas para las diferentes etapas del proceso de TCC (Anderson & Morris, 2006; Blainey, 2019; Kerns et al., 2016; Maddox et al., 2020; NICE, 2012; Russell et al., 2019; Spain & Happé, 2020). Estas adaptaciones son ilustrativas en lugar de exhaustivas, y deberán considerarse individualmente para los diferentes pacientes, ya que no todas las adaptaciones serán necesarias para todos los adultos con TEA. Siempre es importante una evaluación exhaustiva por parte de los profesionales tratantes previamente al inicio de un proceso de tratamiento.

### 1. Adaptaciones formales

Muchos adultos con autismo pueden beneficiarse de adaptaciones a la estructura y al contenido de la sesión, independientemente de la modalidad terapéutica, para ajustarse a los rasgos centrales del autismo, y las dificultades en el funcionamiento ejecutivo, como estilo de procesamiento de información, dificultades en la atención, teoría de la mente y alexitimia. Es importante tener en cuenta que muchos adultos con autismo han recibido terapia antes, con diversos grados de éxito. Para algunos, pudo haber sido una experiencia útil y adecuadamente adaptada, por lo que ahora solamente buscan un “recarga”. Sin embargo, para

otros, pudo haber sido una experiencia confusa, abrumadora o angustiante. Estos pacientes suelen presentar preocupaciones respecto a comenzar un nuevo proceso terapéutico, sentir ansiedad acerca de las próximas sesiones, y desesperanza acerca de la capacidad para alcanzar los objetivos terapéuticos (Spain et al., 2022).

### a. Comunicación del terapeuta

La comunicación social y las habilidades lingüísticas se pueden evaluar durante las primeras sesiones, de manera formal a través de cuestionarios o una evaluación del habla y lenguaje, o bien de manera informal durante la interacción con el paciente. También se debe consultar sobre las preferencias de terminología (por ejemplo: persona con autismo, autista), la orientación de género y otras cualidades para reducir el riesgo de producir un daño no intencional (Williams, 2020). En relación con esto, dado que un creciente cuerpo de investigación indica una mayor diversidad de género dentro del autismo (Strang et al., 2020), consideramos útil usar pronombres sin género y preguntar a los pacientes sobre los pronombres y nombres que prefieren.

Los profesionales deben estar atentos a las modalidades de comunicación que se utilizan y el lenguaje que se utiliza en ellas (Mason et al., 2022). Se debe ser claro tanto en el lenguaje oral como escrito, evitando el uso de jerga, coloquialismos o términos inespecíficos e indefinidos que pueden causar confusión y estrés (Spain et al., 2022; Chew et al., 2022). Esta confusión no se relaciona con la capacidad cognitiva o verbal del paciente, sino con la tendencia hacia la interpretación literal y un uso limitado de claves contextuales para ayudar a la interpretación. Es por ello que las personas con autismo suelen ser menos expresivas emocionalmente, pudiendo atribuirse al autismo, alexitimia u otros trastornos mentales comórbidos (por ejemplo, depresión) (Musich & D'Agostino, 2019). En esta línea, es importante pedirle al paciente que nos explique cómo se siente si parece haber una incongruencia entre la comunicación verbal y no verbal (por ejemplo, sus expresiones faciales pueden ser planas cuando se habla de eventos traumáticos). Esto también impacta en la terminología operativa utilizada (por ejemplo, ansiedad, ira, preocupación), sobre todo en el comienzo. Luego, a medida que transcurre la terapia los pacientes disciernen mejor entre distintas emociones gracias a la psicoeducación emocional (Spain et al., 2022).

Además, puede ser necesario adaptar el estilo propio de comunicación. Por ejemplo, utilizar oraciones más cortas, preguntar sobre un constructo a la vez

(por ejemplo, sobre la ansiedad y luego el bajo estado de ánimo, en lugar de “¿cómo te sentís?”), utilizar una combinación de preguntas cerradas en lugar de abiertas, y recapitular con frecuencia (Spain et al., 2017). Por otro lado, puede ser apropiado el uso de medios visuales junto con la discusión, como diagramas y mini-formulaciones. Algunos pacientes pueden beneficiarse entregándoles un resumen de la sesión por escrito.

Cabe aclarar que las adaptaciones en la comunicación deben utilizarse de manera flexible de forma acorde a cada caso individual. Algunos pacientes pueden necesitar que el uso del lenguaje sea más específico, concreto y directo (limitando el uso de metáforas, ambigüedades y situaciones hipotéticas), pero esto quizás no sea necesario con otros pacientes que hagan un buen uso de la metáfora y del lenguaje no explícito (D'Agostino & Musich, 2022). Por otro lado, algunos pacientes pueden requerir de un mayor tiempo para procesar información y conceptos verbales, y formular una respuesta. Los profesionales deberán ser pacientes y sentirse cómodos con los posibles silencios, siguiendo un ritmo más lento. Por último, se debe involucrar al paciente y a su familia en conversaciones sobre posibles obstáculos antes de comenzar la terapia porque puede ser útil para mantener el cumplimiento de la misma.

### b. Alianza terapéutica

La alianza terapéutica predice los resultados del tratamiento (Baier et al., 2020; Horvath et al., 2011) y abarca un acuerdo y una colaboración sobre los objetivos y tareas de la terapia, y un vínculo recíproco entre el paciente y el profesional (Borden, 1979). Una alianza terapéutica exitosa está condicionada tanto por factores relacionados con el profesional como con el paciente. Los hallazgos de un meta-análisis en muestras neurotípicas sugieren que los pacientes obtienen, en promedio, mejores resultados cuando los profesionales poseen mejores capacidades para desarrollar la alianza terapéutica (Del Re et al., 2012). Una escasa investigación se ha centrado en la alianza terapéutica en personas con autismo. Sin embargo, la evidencia preliminar indica que esto puede ser igualmente importante en la TCC (Kerns et al., 2018; Klebanoff et al., 2019), atención plena (Brewer et al., 2021) e intervenciones de habilidades sociales en niños, adolescentes y adultos jóvenes con autismo (Spain et al., 2022).

La alianza terapéutica es dinámica, por lo que puede volverse más fuerte o más débil durante la terapia.

Hay varios factores que impactan el desarrollo de la alianza terapéutica. Por ejemplo, rasgos centrales del autismo (por ejemplo: motivación social, capacidad de reciprocidad, calidad y cantidad de propuestas sociales), gravedad de los síntomas del autismo, síntomas afectivos (por ejemplo: ansiedad social, mal humor, síntomas negativos de psicosis), la regulación emocional (Brewe et al., 2021; Kerns et al., 2018; Klebanoff et al., 2019), creencias negativas sobre los demás (por ejemplo, que no se pueda confiar en los demás o preocupaciones sobre el abandono), creencias negativas sobre uno mismo (por ejemplo, sobre ser inepto o diferente), eventos adversos de la vida (por ejemplo, victimización, explotación) o falta de oportunidades para aprender habilidades sociales o participar en relaciones sociales.

Comenzar con un nuevo profesional de salud mental provoca ansiedad para la mayoría de los pacientes y es probable que esto sea aún mayor para adultos con autismo (Mason et al., 2022). A pesar de que suelen tener experiencia previa con profesionales de varias disciplinas, puede ser la primera vez que obtienen servicios de manera independiente o que se espera que participen activamente en lugar de depender de sus padres/cuidadores. De ser necesario, el paciente puede ser acompañado a las sesiones por un familiar, y de ser así deben explicitarse las reglas de privacidad y confidencialidad (Spain et al., 2022).

Los terapeutas deben dedicarle el tiempo necesario a aprender cómo se comunica cada uno de sus pacientes con TEA para formar una relación terapéutica sólida. Por ejemplo, el contacto visual o transmitir emociones a través de expresiones faciales puede resultar incómodo o difícil para algunos adultos con TEA. Se puede explorar las preferencias de los pacientes para la interacción social con otros, dentro de los límites de la terapia; por ejemplo, si disfrutan o les desagradan las conversaciones triviales, si son conscientes de que las preguntas personales que hacen a los terapeutas pueden quedar sin respuesta (D'Agostino & Musich, 2022; Musich & D'Agostino, 2019).

Un aspecto central son los intereses propios del paciente, ya que pueden encontrar estos temas más fáciles y atractivos que las conversaciones triviales convencionales. También se debe explorar los puntos de vista del paciente sobre la neurodiversidad para así establecer una buena relación terapéutica basada en el respeto. Además, es útil conocer los tipos de situaciones que pueden contribuir a malentendidos y desacuerdos y cómo se suelen resolver normalmente. Se recomienda incluir al final de agenda de la sesión un espacio de retroalimentación, donde el paciente pue-

da comentar si hubo algún comentario que le haya causado malestar o preocupación (Spain, 2019; Spain & Happè, 2020). Es necesario explicitar los aspectos formales que definen a la relación terapéutica, como la velocidad con la que el paciente puede esperar una respuesta, y a quién contactar ante una urgencia. Por último, la construcción de la alianza terapéutica también es una instancia en la que el terapeuta puede modelar normas y convenciones inherentes a las relaciones sociales.

### c. Evaluación de la TCC

Las primeras sesiones de TCC, cuando normalmente se lleva a cabo la evaluación, pueden ser estresantes o confusas para algunos pacientes con TEA. Se debe proporcionar por adelantado información sobre qué esperar. Es posible que los profesionales deban realizar una evaluación durante varias sesiones para obtener una comprensión clara de los problemas del paciente. Debe incluirse la forma en que las experiencias relacionadas con el autismo pudieron haber contribuido a las dificultades actuales, la propia comprensión y experiencia de los pacientes sobre su TEA, y su perfil único de fortalezas, intereses, necesidades y dificultades asociadas. Por lo tanto, los terapeutas deben tener una buena comprensión del autismo y su heterogeneidad. Como los pacientes pueden tener formas idiosincrásicas de describir pensamientos y emociones, puede ser útil operacionalizar y utilizar la terminología propia de los pacientes. Se podría invitar a otras personas significativas, con el permiso del paciente, para brindar apoyo y contribuir con información y perspectivas adicionales a la evaluación.

Para la evaluación de la TCC a menudo se precisa, además de las entrevistas y observaciones clínicas, que el paciente complete escalas estandarizadas. Hay varios aspectos a tener en cuenta antes de administrar un cuestionario. En primer lugar, las personas con autismo pueden presentar varias dificultades para completar escalas autoadministradas. Estas dificultades pueden deberse a una serie de factores, como la alexitimia, desmotivación, perseverancia en las respuestas o habilidades lingüísticas limitadas. Es por ello que algunos pacientes pueden beneficiarse de apoyos para completar los cuestionarios, como brindarles más tiempo del habitual, y que dispongan de la ayuda del terapeuta si así lo requieran. En segundo lugar, es importante contar con un informante que brinde una perspectiva más amplia sobre los síntomas, funcionamiento, y bienestar del paciente

por fuera de las sesiones y a lo largo del tiempo. No obstante, cabe aclarar que algunos adultos con autismo prefieren que los demás no sepan que están recibiendo terapia o pueden percibir que sus opiniones no son válidas y otros los anulan, lo que podría afectar su compromiso y propensión a ser asertivos. En tercer lugar, los profesionales deben ser pragmáticos al interpretar los resultados de los autoinformes, ya que las propiedades psicométricas de varios cuestionarios son en gran parte desconocidas para la población con autismo (Brugha et al., 2015). Esto significa que las puntuaciones por encima o por debajo del punto de corte siempre requerirán una mayor exploración y sus resultados deberán solo ser utilizados como un punto de partida. Las respuestas deben debatirse con los pacientes mediante preguntas aclaratorias y de seguimiento, para tratar de separar las relacionadas con el autismo de otras experiencias (Chew et al., 2020). En cuarto lugar, la administración de cuestionarios debe hacerse a conciencia y fundada en hipótesis. Completar cuestionarios en cada sesión puede ser demasiado cansador e ir en contra de la adherencia al tratamiento. En caso de utilizar más de un cuestionario de autoinforme, se aconseja elegir aquellos que se centren en un mismo período de tiempo (por ejemplo: síntomas durante la última semana o mes). Por último, puede ser útil que el paciente complete las escalas y cuestionarios de admisión con la ayuda de un familiar, y/o de forma remota para reducir el tiempo en la sala de espera (Spain & Happè, 2020). De ser posible, los formularios de admisión deben ser revisados por pacientes con autismo para garantizar la claridad. En general, se debe evitar el uso de lenguaje profesional y puede ser útil incorporar intereses especiales o desarrollar escalas idiosincráticas (Spain et al., 2022).

Por otro lado, se deben evaluar síntomas comórbidos al TEA, como síntomas de ansiedad y depresión, que a su vez pueden afectar la voluntad de participar en las tareas y la finalización de las mismas. Asimismo, se deben evaluar correctamente las características sensoriales. La mayoría de las personas con autismo experimentan sensibilidades y aversiones sensoriales (APA, 2022), que se estima están asociadas a los síntomas psiquiátricos (Glod et al., 2015). Se debe evaluar el perfil sensorial (hipo o hipersensorial), el tipo de estrategias de afrontamiento empleadas y los factores que intensifican las experiencias sensoriales. Una vez correctamente evaluadas, las sesiones deben acomodarse a estas preferencias, por ejemplo, apagando el aire acondicionado si el sonido le molesta o dejando

las luces apagadas o encendidas según lo prefiera. Cabe destacar que también se deben evaluar las capacidades y fortalezas del paciente. Esto se puede realizar mediante la descripción de “un día típico”, en el que se pueda evaluar su nivel de autonomía e independencia y el sistema de apoyo; o bien pidiéndole que refiera qué tan capaz es de llevar a cabo una secuencia de actos determinada (e.g., ir de compras al supermercado, cocinar, viajar solo, etc.).

#### **d. Encuadre de la terapia**

También pueden ser necesarias adaptaciones prácticas para minimizar las demandas, satisfacer las necesidades relacionadas con el autismo, o reducir el estrés y la ansiedad. Será importante desde el principio establecer expectativas claras y compartidas sobre la terapia con los pacientes y allegados, respecto a la cantidad, frecuencia y duración de las sesiones (Mason et al., 2022; Spain et al., 2022). Se puede acordar una agenda colaborativa y brindar sesiones con estructuras similares. Los terapeutas también deberán ser flexibles con la duración de la sesión: se pueden ofrecer sesiones más cortas a algunos pacientes, mientras que otros pueden necesitar más tiempo o tiempo adicional, por ejemplo, para procesar información y para incluir descansos regulares (Chew et al., 2022; Spain, 2019). También deben establecerse las preferencias del paciente para comunicarse, como el uso de emails, mensajes de texto o llamadas telefónicas. De ser necesario, se le puede proporcionar una lista de verificación de aquellos aspectos de las sesiones que podrían ser adaptados y pedirle al paciente que reflexione sobre ello entre las sesiones para formular las posibles modificaciones.

En cuanto a las preferencias sensoriales, tanto la sesión como el área de espera pueden ser adaptadas a las sensibilidades sensoriales (Spain et al., 2022). Por ejemplo, los espacios pueden configurarse para que sean relajantes, con distracciones reducidas, evitando perfumes y olores fuertes y luces brillantes. A su vez, es útil preguntar explícitamente a los pacientes si hay algo que les distraiga o les moleste, ya que es posible que no lo mencionen espontáneamente o se sientan nerviosos por hacerlo. En suma, el espacio físico para la terapia, incluida la sala de espera, debe permitir que el paciente se sienta seguro.

#### **e. Establecimiento de metas**

Los objetivos de la TCC deben ser funcionales, respetuosos y relevantes para los adultos con TEA, abordando dificultades emocionales o conductuales co-

mórbidas a fin de mejorar la calidad de vida de los individuos (D'Agostino & Musich, 2022; Spain et al., 2022). Se deben establecer metas explícitas, específicas, realistas y medibles basadas en la formulación del caso y de manera colaborativa (Chew, et al., 2022; Spain, 2019). Es importante considerar las opiniones del paciente a la hora de diseñar programas de tratamiento. Es posible que algunos pacientes no estén tan motivados o experimenten preocupaciones acerca del cambio. En este caso, puede ser útil discutir las ventajas y desventajas de ciertos cambios, ayudándolos en la toma de decisiones. A su vez, algunos adultos con autismo pueden presentar dificultades en establecer metas asociadas a déficits ejecutivos de base. En esos casos, los profesionales deberán dedicar más tiempo a establecer los objetivos terapéuticos, brindando sugerencias para generar alternativas (Spain & Happè, 2020).

#### **f. Formulación de TCC**

La formulación cognitiva debe integrar idealmente la totalidad de las variables de un paciente, tales como las vulnerabilidades neurocognitivas y psicosociales relacionadas con el autismo, así como los eventos vitales relacionados con el desarrollo y mantenimiento de los síntomas psicológicos (Blainey, 2019; Gaus, 2011a; Spain & Happè, 2020). En relación con esto, las dificultades sensoriales pueden ser relevantes en la conceptualización ya que pueden estar implicadas en el desarrollo o mantenimiento de los síntomas. El terapeuta debe revisar frecuentemente la formulación con el paciente para asegurarse de que haya un entendimiento compartido, promoviendo la alianza con el terapeuta (Mason et al., 2022; Spain et al., 2022). Es importante durante el proceso de formulación del caso, destacar las fortalezas, habilidades, resiliencia y factores protectores. También puede ser útil evaluar conjuntamente con el paciente la posibilidad y beneficio de involucrar a familiares u otros significativos, ya que ocasiones personas del entorno del paciente pueden contribuir positiva o negativamente en las problemáticas del mismo.

#### **g. Manejo del cierre de tratamiento**

Con el objetivo de prevenir la ansiedad, los terapeutas deben ser explícitos sobre la cantidad de sesiones que se mantendrán y planificar el cierre del tratamiento con anticipación (Chew et al., 2022; Spain et al., 2019, 2022). Es importante revisar el progreso y desarrollar estrategias de prevención de recaídas. En ocasiones, los pacientes pueden requerir continuar con otros tratamientos de salud. En dichos casos, se recomienda

un trabajo en conjunto con los otros servicios de salud que continuarán tratando al paciente. Es importante destacar que dada la característica crónica del autismo, muchos pacientes presentan altas tasas de recurrencias, y frecuentemente los pacientes van a requerir repetidos tratamientos de salud mental (Chew et al., 2022).

## **2. Adaptaciones en las técnicas de intervención**

Para facilitar la comprensión y comunicación, las intervenciones pueden requerir de apoyos visuales, como una agenda de sesión escrita o burbujas de pensamiento (Spain & Happè, 2020). Tener en cuenta los intereses del paciente en las sesiones colabora en aumentar el compromiso (por ejemplo, usar metáforas, frases o viñetas de la película favorita del paciente). Puede ser útil involucrar a otros profesionales, familiares, amigos o cuidadores, siempre que el paciente esté de acuerdo, dado que algunas personas con autismo se benefician de apoyos adicionales. Esto no es necesario para todos los adultos con TEA, e incluso para algunos puede impactar negativamente en su percepción de autodeterminación e independencia (Chew et al., 2022; D'Agostino & Musich, 2022; Spain, 2017).

#### **a. Psicoeducación**

La psicoeducación es una base necesaria e importante para el trabajo de la TCC. Por lo tanto, es importante dedicar más tiempo, quizás algunas sesiones, a la socialización del modelo de la TCC, la psicoeducación sobre el autismo, las emociones. En general, las personas con TEA suelen tener dificultades con la interocepción o la identificación de emociones. Por ello es necesario fortalecer las habilidades de conciencia emocional, particularmente, ayudar al individuo a identificar y etiquetar sus emociones (por ejemplo, las señales físicas y conductuales de la ansiedad) y desarrollar un lenguaje conjunto para estos conceptos. A veces son necesarios enfoques flexibles y creativos para explicar los conceptos (por ejemplo, usando dibujos, imágenes o videos).

#### **b. Reestructuración cognitiva**

Las diferencias en el procesamiento cognitivo pueden dificultar el uso de estrategias cognitivas. Algunos pacientes pueden sentir que están siendo forzados o inducidos a cambiar su forma de pensar. A otros pacientes les puede resultar difícil desafiar los pensamientos negativos. En estos casos, se pueden utilizar estrategias alternativas, como redirigir el enfoque atencio-

nal, la atención plena, la resolución de problemas y la validación de cogniciones negativas que, de hecho, pueden ser tanto realistas como negativas (Blainey, 2019). También puede ser útil poner más énfasis en el cambio conductual, en lugar de enfocarse en las cogniciones, y usar el cambio de comportamiento como punto de partida para el trabajo cognitivo (Chew et al., 2022). Utilizar una mayor estructura y hacer que los conceptos cognitivos sean más concretos también puede ser de utilidad; por ejemplo, proporcionar hojas de trabajo que enumeren pensamientos adaptativos y desadaptativos o permitir opciones de opción múltiple para reducir la presión de generar soluciones novedosas (Spain, 2019, Spain & Happè, 2020).

Muchos adultos con TEA han tenido una exposición a entornos estresantes y/o invalidantes y, por lo tanto, sus pensamientos sobre sí mismos, los demás o el mundo pueden haber tenido una función adaptativa (D'Agostino & Muisch, 2022). Por ello, los terapeutas deben estar atentos a no invalidar los pensamientos de sus pacientes. A través de la reestructuración cognitiva se puede explorar qué experiencias pueden haber llevado a que se desarrollen estos pensamientos, así como las formas en las que se sostienen en el tiempo.

### c. Estrategias conductuales

Muchos adultos autistas pueden presentar tendencia a lo mismo y preferencia por rutinas y certezas. Debido a ello, los cambios cognitivos y conductuales dentro de la TCC pueden en ocasiones generar aumento de ansiedad y preocupación. También, los nuevos comportamientos a adquirir requieren planificación y flexibilidad, lo que puede ser un desafío para algunos pacientes (Chew et al., 2022). Explicar claramente la razón y los objetivos del trabajo terapéutico puede contribuir a que la terapia sea aceptada por el paciente. Los cambios conductuales deben introducirse de forma gradual, comenzando por los más sencillos y manejables. Por ejemplo, el terapeuta puede valerse de técnicas de modelado y del juego de roles de nuevas habilidades y comportamientos durante las sesiones y, por fuera de ellas, promover la generalización. Por otro lado, utilizar tarjetas de afrontamiento y recordatorios en el celular para monitorear el estado de ánimo puede contribuir a reducir la demanda cognitiva. Enseñar estrategias de afrontamiento, regulación emocional, resolución de problemas, manejo de la incertidumbre, asertividad y habilidades organizativas, suele ser de utilidad para aumentar los beneficios de la TCC (Spain, 2019; Spain & Happè 2020).

Las conductas deben ser abordadas dependiendo de su funcionalidad. Una correcta evaluación permitirá diferenciar entre conductas evitativas y conductas adaptativas, las cuales requieren de intervenciones diferentes. Por un lado, las evitativas son aquellas que actúan como conductas de seguridad pero que indirectamente perpetúan los síntomas psicológicos, y por lo tanto se busca reducirlas (Spain, 2015, 2019). Muchas conductas adoptadas por personas con autismo no son conductas desadaptativas, sino adaptaciones apropiadas, útiles y necesarias para sus necesidades. El terapeuta en conjunto con el paciente debe identificar qué conductas son importantes y útiles para paciente y cuáles son disfuncionales. Por ejemplo, usar audífonos con cancelación de ruido para manejar las necesidades sensoriales o rechazar algunas invitaciones sociales pueden ser conductas apropiadas y funcionales para ciertos entornos, permitiendo evitar el agotamiento y respetar las preferencias y elecciones individuales. Sin embargo, otros comportamientos pueden ser desadaptativos, manteniendo síntomas de ansiedad o del estado de ánimo (Chew et al., 2022; Spain, 2019). Por ejemplo, rechazar una invitación de un amigo para ir al cine por el ruido medioambiental puede promover el aislamiento social y ser una conducta objetivo a modificar, en pos de encontrar una conducta alternativa que se ajuste al perfil particular del individuo.

### d. Actividades entre sesiones

Usualmente al comienzo del trabajo terapéutico, y dados el procesamiento neurocognitivo particular de los individuos con TEA, es posible que los terapeutas deban ser más directos, ofreciendo alternativas concretas para las actividades entre sesiones, fomentando que el paciente elija una en lugar de que espontáneamente genere una alternativa propia (Spain et al., 2022; Spain & Happè, 2020). Es preciso explicitar y acordar junto con el paciente los detalles de las actividades entre sesiones (quién, qué, dónde, cuándo y cómo), anticipándose a los posibles obstáculos y su respectiva solución. Los pacientes con dificultades ejecutivas requieren especial atención en este punto, pudiendo requerir instrucciones por escrito, recordatorios o listas de verificación (Chew et al., 2022). Además, con previo consentimiento de los pacientes, otras personas de su entorno pueden colaborar en llevar a cabo las actividades entre sesiones.

### e. Formación profesional

En general, la formación profesional sobre el TEA y su respectivo tratamiento suele ser muy limitada (Maddox et al., 2020), a lo que se le suma actitudes nega-



tivas y estigmatizantes hacia el autismo que a su vez influyen en la práctica clínica (Corden et al., 2021). Se debe asegurar que todos los profesionales que trabajan en los servicios clínicos tengan acceso a programas sólidos de capacitación en el conocimiento del autismo, tanto sobre elementos de tipo general (qué es el autismo), así como también de temas más específicos para los terapeutas (cómo adaptar los enfoques psicológicos estándar). En la medida de lo posible, la formación debe ser coproducida con adultos con autismo y familias.

Esta falta de formación profesional lleva a que los terapeutas no cuenten con las habilidades necesarias para adaptar intervenciones estándar para personas con autismo (Adams & Young, 2020). Si bien la fidelidad al tratamiento, definida como el grado en que un tratamiento se administra según lo previsto, se considera importante dentro de la terapia psicológica (Fonagy & Luyten, 2019), a veces es necesaria la flexibilidad en la implementación para optimizar la eficacia del tratamiento, a costa de la fidelidad (Cohen et al., 2008). Asegurar la fidelidad del tratamiento en la práctica habitual puede ser más complejo cuando se trabaja con adultos con autismo. Esto limita potencialmente las opciones de tratamiento disponibles para los adultos con TEA. Los profesionales deben tratar de lograr un equilibrio entre la fidelidad (integridad) al enfoque manualizado con la suficiente flexibilidad para que sea efectivo para el paciente particular. En esta línea, la supervisión clínica regular, y reuniones grupales o de pares, pueden ayudar a lograr este equilibrio y brindar un espacio para la reflexión.

## Conclusión

Los adultos con TEA sin DI enfrentan numerosas dificultades durante la transición a la vida adulta y durante el transcurso de esta. Entre aquellas dificultades se encuentran la reducción de los servicios de asistencia y barreras de accesibilidad a dichos servicios (Adams & Young, 2021; Walsh et al., 2020). Adicionalmente, los adultos en el espectro presentan tasas elevadas de comorbilidades, las cuales impactan en la trayectoria del autismo y en la calidad de vida (Cadman et al., 2012; Joshi et al., 2013; Smith et al., 2019). Dados estos factores, resulta capital poder contar con tratamientos basados en evidencia que permitan mejorar la calidad de vida de los adultos con autismo. Numerosos estudios han demostrado que la terapia estándar requiere

modificaciones al ser aplicada en personas con TEA (Spain & Happé, 2020). Actualmente diversos estudios se encuentran en etapa de investigación a fin de adaptar las distintas terapias psicológicas a población autista sin DI (Spain et al., 2022). Dentro de las terapias psicológicas, la TCC ha demostrado cierto grado de eficacia para el abordaje de algunas comorbilidades en adultos con TEA sin DI, evidenciando la importancia de realizar adaptaciones para mejorar la eficacia y eficiencia de los tratamientos. La TCC es un enfoque altamente estructurado, práctico y centrado en el presente que, por sus características intrínsecas, es relevante y adecuado para adultos con TEA sin DI con trastornos comórbidos del estado de ánimo y ansiedad, entre otras condiciones de salud mental (Spain, 2019; Spain & Happé 2020). En base a las investigaciones recientes en los últimos años y la práctica clínica se recomiendan adaptaciones individualizadas en las diferentes etapas del tratamiento. Las adaptaciones deben ser realizadas en base a la necesidad del paciente, la conceptualización del caso y los objetivos de la terapia.

La presente revisión recopila las adaptaciones más comunes reportadas hasta la fecha en relación con la aplicación de la terapia psicológica, específicamente la TCC, en adultos con TEA, con el objetivo de difundir los lineamientos actuales entre los profesionales clínicos. No obstante, se requieren más investigaciones que estudien la efectividad de las diversas terapias basadas en evidencia para esta población, delimitando qué enfoques son beneficiosos y bajo qué condiciones. Además, futuras investigaciones deben explorar qué conocimientos y habilidades terapéuticas permiten trabajar de manera más eficaz con los adultos con TEA, población que ha sido relegada tanto a nivel de la investigación como en la práctica clínica. A su vez, sería de relevancia poder avanzar en próximas investigaciones en comprender que adecuaciones son necesarias para adultos con DI, dado que usualmente no son incorporados en los protocolos de investigación. Otro aspecto potencialmente beneficioso en futuras investigaciones es la posibilidad de incorporar adultos e investigadores autistas en el diseño de tratamientos, tornándolos participantes activos en la tarea de determinar qué intervenciones resultan más beneficiosas para ellos mismos.

**Conflicto de intereses:** los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## Referencias bibliográficas

- Adams, D., & Young, K. (2021). A Systematic Review of the Perceived Barriers and Facilitators to Accessing Psychological Treatment for Mental Health Problems in Individuals on the Autism Spectrum. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 8(4), 436–453. <https://doi.org/10.1007/s40489-020-00226-7>
- Anderson, S., & Morris, J. (2006). Cognitive behaviour therapy for people with Asperger syndrome. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34(3), 293–303. <https://doi.org/10.1017/S1352465805002651>
- Adams, D., & Young, K. (2020). A systematic review of the perceived barriers and facilitators to accessing psychological treatment for mental health problems in individuals on the autism spectrum. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1–18. <https://doi.org/10.1007/s40489-020-00226-7>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Fifth Edition, Text Revision (DSM-V-TR). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Baier, A. L., Kline, A. C., & Feeny, N. C. (2020). Therapeutic alliance as a mediator of change: A systematic review and evaluation of research. *Clinical psychology review*, 82, 101921. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101921>
- Blainey, S. (2019). General anxiety. In E. Chaplin, D. Spain, & C. McCarthy (Eds.). *A clinician's guide to mental health conditions in adults with autism spectrum disorders: Assessment and interventions* (pp. 97–110). Jessica Kingsley Publishers.
- Beck, J. S. (2020). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (3rd ed.). Guilford Press.
- Benevides, T. W., Shore, S. M., Andresen, M.-L., Caplan, R., Cook, B., Gassner, D. L., Erves, J. M., Hazlewood, T. M., King, M. C., Morgan, L., Murphy, L. E., Purkis, Y., Rankowski, B., Rutledge, S. M., Welch, S. P., & Wittig, K. (2020). Interventions to address health outcomes among autistic adults: A systematic review. *Autism*, 24(6), 1345–1359. <https://doi.org/10.1177/1362361320913664>
- Billstedt, E., Gillberg, C., & Gillberg, C. (2005). Autism after adolescence: population-based 13-to 22-year follow-up study of 120 individuals with autism diagnosed in childhood. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35(3), 351–360. <https://doi.org/10.1177/1362361317703090>
- Bird, G., & Cook, R. (2013). Mixed emotions: the contribution of alexithymia to the emotional symptoms of autism. *Translational Psychiatry*, 3(7), e285–e285. <https://doi.org/10.1038/tp.2013.61>
- Borden, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy, Theory Research and Practice*, 16, 252–260.
- Boulter, C., Freeston, M., South, M., & Rodgers, J. (2014). Intolerance of uncertainty as a framework for understanding anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(6), 1391–1402. <https://doi.org/10.1007/s10803-013-2001-x>
- Bottema-Beutel, K., Kapp, S. K., Lester, J. N., Sasson, N. J., & Hand, B. N. (2021). Avoiding ableist language: Suggestions for autism researchers. *Autism in Adulthood*, 3(1). <https://doi.org/10.1089/aut.2020.0014>
- Brewe, A., Mazefsky, C., & White, S. (2021). Therapeutic alliance formation for adolescents and young adults with autism: Relation to treatment outcomes and client characteristics. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51(5), 1446–1457. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04623-z>
- Brugha, T., Doos, L., Tempier, A., Einfeld, S., & Howlin, P. (2015). Outcome measures in intervention trials for adults with autism spectrum disorders; a systematic review of assessments of core autism features and associated emotional and behavioural problems. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 24(2), 99–115. <https://doi.org/10.1002/mpr.1466>
- Cadman, T., Eklund, H., Howley, D., Hayward, H., Clarke, H., Findon, J., ... & Glaser, K. (2012). Caregiver burden as people with autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder transition into adolescence and adulthood in the United Kingdom. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(9), 879–888. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.06.017>
- Cai, R. Y., Richdale, A. L., Uljarević, M., Dissanayake, C., & Samson, A. C. (2018). Emotion regulation in autism spectrum disorder: Where we are and where we need to go. *Autism Research*, 11(7), 962–978. <https://doi.org/10.1002/aur.1968>
- Chew, X. Y., Leong D.-j., Khor, K. M., Tan, G. M. Y., Wei, K.-C., & Magiati, I. (2020). Clarifying self-report measures of social anxiety and obsessive-compulsive disorder to improve reporting for autistic adults. *Autism in Adulthood*. Advanced online publication. <https://doi.org/10.1089/aut.2019.0064>
- Chew, X. Y., Ozsivadjian, A., Hollocks, M., Magiati, I. (2022). *Psychological Therapies for Adults with Autism*. Oxford University Press.
- Cohen, D., Crabtree, B., Etz, R., Balasubramanian, B., Donahue, K., Levinton, L., Clark, E. C., Isaacson, N. F., Stange, K. C., & Green, L. (2008). Fidelity versus flexibility: Translating evidence-based research into practice. *American Journal of Preventive Medicine*, 35(5), S381–S389. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2008.08.005>
- Corden, K., Brewer, R., & Cage, E. (2021). A systematic review of health-care professionals' knowledge, self-efficacy and attitudes towards working with autistic people. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1–14. <https://doi.org/10.1007/s40489-021-00263-w>
- Croen, L. A., Zerbo, O., Qian, Y., Massolo, M. L., Rich, S., Sidney, S., & Kripke, C. (2015). The health status of adults on the autism spectrum. *Autism*, 19(7), 814–823. <https://doi.org/10.1177/1362361315577517>
- D'Agostino, C. & Musich, F. M. (2022). *Social Skills Interventions. Psychological Therapies for Adults with Autism*. Oxford University Press.
- Del Re, A., Flückiger, C., Horvath, A., Symonds, D., & Wampold, B. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance–outcome relationship: A restricted–maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(7), 642–649. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.07.002>
- Doherty, A., Atherton, H., Boland, P., Hastings, R., Hives, L., Hood, K., James-Jenkinson, L., Leavey, R., Randell, E., Reed, J., Taggart, L., Wilson, N., & Chauhan, U. (2020). Barriers and facilitators to primary health care for people with intellectual disabilities and/or autism: an integrative review. *BJGP Open*, 4(3), 1–10. <https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101030>
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2019). Fidelity vs. flexibility in the implementation of psychotherapies: Time to move on. *World Psychiatry*, 18(3), 270–271. <https://doi.org/10.1002/wps.20657>
- Ganz, M. L. (2007). The lifetime distribution of the incremental societal costs of autism. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 161(4), 343–349. <https://doi.org/10.1001/archpedi.161.4.343>
- Gaus, V. L. (2011a). Adult asperger syndrome and the utility of cognitive-behavioral therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 41(1), 47–56. <https://doi.org/10.1007/s10879-010-9159-8>
- Gaus, V. L. (2011b). Cognitive behavioural therapy for adults with autism spectrum disorder. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 5(5), 15–25. <https://doi.org/10.1108/20441281111180628>
- Glod, M., Riby, D., Honey, E., & Rodgers, J. (2015). Psychological correlates of sensory processing patterns in individuals with autism spectrum disorder: A systematic review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2(2), 199–221. <https://doi.org/10.1007/s40489-015-0047-8>
- Griffiths, S., Allison, C., Kenny, R., Holt, R., Smith, P., & Baron-Cohen, S. (2019). The Vulnerability Experiences Quotient (VEQ): A study of vulnerability, mental health and life satisfaction in autistic adults. *Autism Research*, 12(10), 1516–1528. <https://doi.org/10.1002/aur.2162>
- Hollocks, M. J., Lerh, J. W., Magiati, I., Meiser-Stedman, R., & Brugha, T. S. (2019). Anxiety and depression in adults with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49(4), 559–572. <https://doi.org/10.1017/s0033291718002283>
- Hollocks, M. J., Pickles, A., Howlin, P., & Simonoff, E. (2016). Dual cognitive and biological correlates of anxiety in autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(10), 3295–3307. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2878-2>
- Horvath, A., Del Re, A., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9–16. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2016.06.002>

- Joshi, G., Wozniak, J., Petty, C., Martelon, M. K., Fried, R., Bolfek, A., ... & Biederman, J. (2013). Psychiatric comorbidity and functioning in a clinically referred population of adults with autism spectrum disorders: a comparative study. *Journal of autism and developmental disorders*, 43(6), 1314-1325. <https://doi.org/10.1007/s10803-012-1679-5>
- Kerns, C., Collier, A., Lewin, A., & Storch, E. (2018). Therapeutic alliance in youth with autism spectrum disorder receiving cognitive-behavioral treatment for anxiety. *Autism*, 22(5), 636-640. <https://doi.org/10.1177/1362361316685556>
- Kerns, C. M., Roux, A. M., Connell, J. E., & Shattuck, P. T. (2016). Adapting cognitive behavioral techniques to address anxiety and depression in cognitively able emerging adults on the autism spectrum. *Cognitive and Behavioral Practice*, 23(3), 329-340. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2016.06.002>
- Klebanoff, S., Rosenau, K., & Wood, J. (2019). The therapeutic alliance in cognitive-behavioral therapy for school-aged children with autism and clinical anxiety. *Autism*, 23(8), 2031-2042. <https://doi.org/10.1177/1362361319841197>
- Laxman, D. J., Taylor, J. L., DaWalt, L. S., Greenberg, J. S., & Mailick, M. R. (2019). Loss in services precedes high school exit for teens with autism spectrum disorder: A longitudinal study. *Autism Research*, 12(6), 911-921. <https://doi.org/10.1002/aur.2113>
- Lai, M.-C., Kasseh, C., Besney, R., Bonato, S., Hull, L., Mandy, W., Szatmari, P., & Ameis, S. H. (2019). Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 6(10), 819-829. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30289-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30289-5)
- Leno, V. C. & Simonoff, E. (2020). ASD and Co-occurring Psychiatric Conditions: A Conceptual Framework. In C. A. M. S. W. White, B. M. Maddox (Ed.). *The Oxford Handbook of Autism and Co-Occurring Psychiatric Conditions*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190910761.013.1>
- Maenner, M. J., Shaw, K. A., Baio, J., Washington, A., Patrick, M., DiRienzo, M., Christensen, D. L., Wiggins, L. D., Pettygrove, S., Andrews, J. G., Lopez, M., Hudson, A., Baroud, T., Schwenk, Y., White, T., Rosenberg, C. R., Lee, L.-C., Harrington, R. A., Huston, M., ... Dietz, P. M. (2020). Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2016. *MMWR. Surveillance Summaries*, 69(4), 1-12. <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss6904a1>
- Mason, D., Ingham, B., Urbanowicz, A., Michael, C., Birtles, H., Woodbury-Smith, M., Brown, T., James, I., Scarlett, C., Nicolaidis, C., & Parr, J. R. (2019). A systematic review of what barriers and facilitators prevent and enable physical healthcare services access for autistic adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(8), 3387-3400. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04049-2>
- Mason, D., Stark, E., & Musich, F. M. (2022). Experiences of Psychological. *Psychological Therapies for Adults with Autism*, 6.
- Maddox, B. B., Crabbe, S., Beidas, R. S., Brookman-Frazee, L., Cannuscio, C. C., Miller, J. S., Nicolaidis, C., & Mandell, D. S. (2020). "I wouldn't know where to start": Perspectives from clinicians, agency leaders, and autistic adults on improving community mental health services for autistic adults. *Autism*, 24(4), 919-930. <https://doi.org/10.1177/1362361319882227>
- Maddox, B. B., Crabbe, S. R., Fishman, J. M., Beidas, R. S., Brookman-Frazee, L., Miller, J. S., Musich, F., & D'Agostino, C. (2019). Social Skills Interventions. *A Clinician's Guide to Mental Health Conditions in Adults with Autism Spectrum Disorders: Assessment and Interventions*, 278.
- Nicolaidis, C., & Mandell, D. S. (2019). Factors influencing the use of cognitive-behavioral therapy with autistic adults: A survey of community mental health clinicians. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(11), 4421-4428. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04156-0>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2011). Common mental health disorders: identification and pathways to care (*Clinical Guideline No. 123* [CG123]). Retrieved December 1, 2020, from <http://www.nice.org.uk/guidance/cg123>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2012). Autism spectrum disorder in adults: diagnosis and management (*Clinical Guideline No. 142* [CG142]). Retrieved December 1, 2020, from <http://www.nice.org.uk/guidance/cg142>
- Ozsivadjian, A., Hollocks, M. J., Magiati, I., Happé, F., Baird, G., & Absoud, M. (2020). Is cognitive inflexibility a missing link? The role of cognitive inflexibility, alexithymia and intolerance of uncertainty in externalising and internalising behaviours in young people with autism spectrum disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Advanced online publication. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13295>
- Russell, A., Jassi, A., & Johnston, K. (2019). *OCD and autism: A clinician's guide to adapting CBT*. Jessica Kingsley Publishers.
- Smith, I. C., Ollendick, T. H., & White, S. W. (2019). Anxiety moderates the influence of ASD severity on quality of life in adults with ASD. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 62, 39-47. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2019.03.001>
- Smith, I. C., & White, S. W. (2020). Socio-emotional determinants of depressive symptoms in adolescents and adults with autism spectrum disorder: A systematic review. *Autism*, 24(4), 995-1010. <https://doi.org/10.1177/1362361320908101>
- Spain, D. (2019). Cognitive behaviour therapy. In E. Chaplin, D. Spain, & C. McCarthy (Eds.). *A clinician's guide to mental health conditions in adults with autism spectrum disorders: Assessment and interventions* (pp. 290-307). Jessica Kingsley Publishers.
- Spain, D., & Happé, F. (2020). How to optimise cognitive behaviour therapy (CBT) for people with autism spectrum disorders (ASD): A Delphi study. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 38(2), 184-208. <https://doi.org/10.1007/s10942-019-00335-1>
- Spain, D., Sin, J., Harwood, L., Mendez, M.A. and Happé, F. (2017). Cognitive behaviour therapy for social anxiety in autism spectrum disorder: a systematic review. *Advances in Autism*, Vol. 3 No. 1, pp. 34-46. <https://doi.org/10.1108/AIA-07-2016-0020>
- Spain, D., Sin, J., Chalder, T., Murphy, D., & Happé, F. (2015). Cognitive behaviour therapy for adults with autism spectrum disorders and psychiatric co-morbidity: A review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 9, 151-162. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2014.10.019>
- Spain, D., Musich, F. M., & White, S. W. (2022). *Psychological Therapies for Adults with Autism*. Oxford University Press.
- Spain, D., Musich, F. M., & White, S. W. (2022). Ensuring Accessible and Acceptable Service Delivery for Adults with Autism. *Psychological Therapies for Adults with Autism*. Oxford University Press.
- South, M., & Rodgers, J. (2017). Sensory, emotional and cognitive contributions to anxiety in autism spectrum disorders. *Frontiers in Human Neuroscience*, 11(20). <https://doi.org/10.3389/fnhum.2017.00020>
- Strang, J., van der Miesen, A., Caplan, R., Hughes, C., daVanport, S., & Lai, M. (2020). Both sex-and gender-related factors should be considered in autism research and clinical practice. *Autism*, 24(3), 539-543. <https://doi.org/10.1177/1362361320913192>
- Taylor, J. L., & Seltzer, M. M. (2011). Employment and post-secondary educational activities for young adults with autism spectrum disorders during transition to adulthood. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(5), 566-574. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-1070-3>
- Vivanti, G. (2020). Ask the editor: What is the most appropriate way to talk about individuals with a diagnosis of autism? *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(2), 691-693. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04280-x>
- Vohra, R., Madhavan, S., & Sambamoorthi, U. (2017). Comorbidity prevalence, healthcare utilization, and expenditures of Medicaid enrolled adults with autism spectrum disorders. *Autism*, 21(8), 995-1009. <https://doi.org/10.1177/1362361316665222>
- Walsh, C., Lydon, S., O'Dowd, E., & O'Connor, P. (2020). Barriers to healthcare for persons with autism: A systematic review of the literature and development of a taxonomy. *Developmental Neurorehabilitation*, 23(7), 413-430. <https://doi.org/10.1080/17518423.2020.1716868>

Weston, L., Hodgekins, J., & Langdon, P. E. (2016). Effectiveness of cognitive behavioural therapy with people who have autistic spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 49, 41-54. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.08.001>

Williams, M. (2020). *Managing microaggressions: Addressing everyday racism in therapeutic spaces*. Oxford University Press.

<https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190875237.001.0001>

Zerbo, O., Qian, Y., Ray, T., Sidney, S., Rich, S., Massolo, M., & Croen, L. A.

(2019). Health Care Service Utilization and Cost Among Adults with Autism Spectrum Disorders in a U.S. Integrated Health Care System. *Autism in Adulthood*, 1(1), 27-36. <https://doi.org/10.1089/aut.2018.0004>