



Facultad de
Ciencias Sociales
y Humanas - Teruel
Universidad Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Diferencia por sexos en el Trastorno del
Espectro del Autismo (TEA): revisión
bibliográfica sobre el impacto del TEA en las
mujeres.

*Sex differences in Autism Spectrum Disorder (ASD):
literature review on the impact of ASD in women.*

Autor/es

Nerea López Soriano

Director/es

Estefanía Ortas de Haro

Grado en Magisterio en Educación Infantil
Curso académico 2023/2024

Diferencia por sexos en el Trastorno del Espectro del Autismo (TEA): revisión bibliográfica sobre el impacto del TEA en las mujeres.

RESUMEN

El Trastorno del Espectro del Autismo (TEA) es una condición de origen neurológico que afecta el desarrollo del cerebro y está caracterizado por cierta dificultad en la comunicación y las interacciones sociales, además existe la presencia atípica de patrones de comportamiento y actividad.

En este Trabajo de Fin de Grado se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre el TEA en la que se habla de la historia y evolución que ha presentado el concepto de autismo a lo largo de los años, así como una descripción de este espectro en las diferentes ediciones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

También se centra en la diferencia por sexos existente dentro de este trastorno, pero con un enfoque y protagonismo dirigido hacia las mujeres, ya que en ellas las características del TEA pueden pasar más desapercibidas y afectar en su calidad de vida o diagnóstico. Por lo que se explorará la diferencia entre ambos sexos a nivel neurológico, la expresión del autismo en las mujeres y las consecuencias de un diagnóstico tardío.

PALABRAS CLAVE

Mujeres, autismo, TEA, diagnóstico tardío, camuflaje.

Sex differences in Autism Spectrum Disorder (ASD): literature review on the impact of ASD in women.

ABSTRACT

Autism Spectrum Disorder (ASD) is a condition of neurological origin that affects the development of the brain and is characterized by certain difficulty in communication and social interactions, in addition there is the presence of atypical patterns of behavior and activity.

In this Final Degree Project, a bibliographic review on ASD has been carried out, which talks about the history and evolution that the concept of autism has presented over the years, as well as a description of this spectrum in the different editions of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

It also focuses on the sex difference that exists within this disorder, but with a focus and prominence directed toward women, since in them the characteristics of ASD may go unnoticed and affect their

quality of life or diagnosis. Therefore, the difference between both sexes at a neurological level, the expression of autism in women and the consequences of a late diagnosis will be explored.

KEY WORDS

Women, autism, ASD, late diagnosis, camouflage.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	4
METODOLOGÍA.....	5
DEFINICIÓN DEL TEA.....	7
HISTORIA Y EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DEL TEA.....	8
HISTORIA DE LOS DSM (DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS).....	13
La actualidad, el DSM-5-TR.....	16
HOMBRES Y MUJERES, ¿SOMOS IGUALES?.....	18
¿QUÉ OCURRE CON LOS TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO?.....	21
EL SESGO DE GÉNERO EN EL DIAGNÓSTICO DEL AUTISMO.....	23
Características del TEA femenino.....	24
CONSECUENCIAS DEL DIAGNÓSTICO TARDÍO.....	28
CONCLUSIÓN.....	29
BIBLIOGRAFÍA.....	32

INTRODUCCIÓN

A lo largo de mi carrera como estudiante de Magisterio en Educación Infantil, he tenido la oportunidad de aprender acerca de diferentes trastornos y condiciones que pueden presentar las personas en su desarrollo. Si ha habido un tema que despertó mi interés desde un principio fue el Trastorno del Espectro del Autismo (TEA). La amplia diversidad que hay dentro de este espectro y las experiencias únicas de cada niño junto con la forma tan diferente de comprender el mundo y la manera de relacionarse, siempre me ha parecido increíble. En estos cuatro años, no ha habido un curso en el que no se nos haya hablado de este trastorno y sus características, así como el impacto que tiene en el desarrollo infantil.

Es por ello, que este Trabajo de Fin de Grado va dirigido a realizar una revisión bibliográfica sobre el autismo y algunas de sus características. Debido a la amplitud del tema y todos los aspectos que se pueden tratar, he optado por profundizar en la diferencia por sexos existente en este trastorno, centrándome de manera más particular en las mujeres.

La razón por la que quiero dar más visibilidad al sexo femenino no solo viene derivada por intereses académicos, sino que me parece necesario, ya que a lo largo de la historia, las mujeres han sido más apartadas. Tal y como mencionan Tasa-Vinyals et al. (2015), en aspectos como la investigación epidemiológica se han producido ciertos sesgos de género, cuya existencia ha sido demostrada en diversos ámbitos.

Además, explorar especialmente el impacto del TEA en las mujeres también es importante para comprender de forma más precisa la condición y sus diversas manifestaciones, las cuales pueden ser diferentes si las comparamos con los patrones que se asocian a los hombres. El hecho de que haya evidencias acerca de que las mujeres que presentan esta condición puedan tener comportamientos con menos estereotipias y dentro de la aceptación social, hace que su detección a una edad temprana y la obtención de un diagnóstico claro sea más complicado, siendo este aspecto algo que me produce mucha intriga, puesto que muestra ciertos desafíos en su identificación que se deberían de plantear también en el ámbito educativo.

A pesar de no haber tenido ninguna experiencia directa con un niño o niña autista, me interesa mucho profundizar en esta realidad, porque cuanto más conocimiento se tenga, más comprensión y apoyo tendrán estas personas, sin dejar de lado que la diversidad y el enriquecimiento es clave para lograr una educación inclusiva y una sociedad más justa.

A lo largo de este trabajo se van a encontrar diversos apartados que tratan el TEA y su impacto en las mujeres, así como la metodología que se ha llevado a cabo para la elaboración de esta revisión.

Para poner en contexto este trastorno se encuentra la definición del TEA y la historia y evolución que ha tenido este concepto a lo largo de los años. También se habla del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales para explicar las características del autismo y sus criterios diagnósticos.

A partir de ahí, el trabajo se comienza a centrar más específicamente en las mujeres, pero primero se realiza una aclaración acerca de las posibles diferencias entre el cerebro de los hombres y las mujeres, así como una explicación sobre las causas de los trastornos del neurodesarrollo. Después de esto, se continúa con el sesgo de género en el diagnóstico del autismo y con las características que presentan las mujeres dentro de este espectro. Se finaliza con las consecuencias que acarrea un diagnóstico tardío y una conclusión para recoger todos los aspectos importantes y la reflexión.

Los objetivos que se pretenden alcanzar en este TFG son los siguientes:

- Contextualizar el conocimiento del TEA a través de la historia.
- Analizar el recorrido del autismo en los manuales diagnósticos.
- Explorar las diferencias entre el cerebro del hombre y el de la mujer.
- Conocer las causas del Trastorno del Espectro del Autismo.
- Explorar el sesgo de género en el diagnóstico del autismo.
- Conocer las manifestaciones del TEA en las mujeres.
- Reconocer las consecuencias del diagnóstico tardío.

METODOLOGÍA

Para realizar esta revisión se utilizaron Google Académico, Dialnet y Scopus como principales fuentes de búsqueda, aunque también se emplearon algunas páginas web como la Real Academia Española (RAE).

La primera opción de búsqueda fue Scopus por ser una base de datos bibliográfica que cuenta con gran cantidad de artículos de revistas científicas. Para buscar en este sitio web, las

palabras clave que se emplearon principalmente fueron las de “TEA”, “autismo” AND “mujeres”, “TEA” AND “diagnóstico tardío”. Si bien es cierto que algunos artículos eran relevantes para llevar a cabo la revisión, la mayoría de ellos trataban temas que no resultaban de interés para la finalidad de esta búsqueda o se mostraba un número muy reducido de artículos.

La segunda opción de búsqueda fue Dialnet por ser también una base de datos bibliográfica bastante amplia, que además incluye gran cantidad de artículos en español. En esta base de datos se encontraron bastantes más artículos que en Scopus. Las palabras clave empleadas fueron prácticamente las mismas que se habían estado utilizando previamente, aunque se iban probando varias combinaciones de palabras en relación al tema que se trata en esta revisión.

La última opción de búsqueda fue Google Académico. Aunque esta era mi última opción porque el tipo de artículos que aparecen pueden no tener tanta fiabilidad como en los sitios webs mencionados anteriormente, resultó ser el buscador en el que encontré la gran mayoría de los artículos que me interesaban, ya que para realizar la búsqueda podía introducir frases como “Autismo y camuflaje” o “Impacto del diagnóstico tardío del TEA en mujeres” en lugar de palabras clave, por lo que me aparecían muchos más artículos. Una de las principales dificultades que encontré fue el hecho de tener que asegurarme de que la procedencia de la información fuese de alguna revista o publicación de peso. Hay que destacar que publicaciones como tesis o Trabajos de Fin de Grado fueron totalmente descartados como fuente bibliográfica.

Cabe señalar que cuando no se encontraban artículos relevantes en español, se escribían las mismas palabras clave en inglés, ya que en este idioma suelen aparecer muchos más artículos.

La RAE fue empleada para concretar definiciones, debido a que en muchas ocasiones, la definición es la mejor forma de aclarar un concepto.

En todo momento se ha procurado filtrar los años de las publicaciones en un rango no superior a los cinco años en aquellos datos que tenían que ser de actualidad, mientras que el año de publicación puede ser mucho más antiguo cuando se habla sobre la historia.

Puesto que a lo largo de los artículos que iban apareciendo había muchas referencias bibliográficas, en el caso de que hubiese alguna información de interés me dirigía, siempre y

cuando fuese posible, a la fuente original, tratando de evitar las citas secundarias a no ser que fuese necesario, porque de esta forma se puede acceder a la información completa y no solo a una parte de ella, por lo que se pueden evitar posibles sesgos.

Otro aspecto importante a destacar es que a la hora de seleccionar la información a incluir trataba de buscar otros artículos que apoyasen el contenido del artículo, lo matizaran o, por el contrario, lo desmintieran, para asegurarme de que aquello que iba a escribir fuera cierto.

En definitiva, la revisión se ha llevado a cabo de la manera más objetiva posible y sin caer en valoraciones personales.

DEFINICIÓN DEL TEA

Antes de comenzar a indagar sobre esta condición, es preciso exponer una definición clara acerca del Trastorno del Espectro del Autismo, o TEA. Según la Organización Mundial de la Salud (2022), el autismo es un trastorno que abarca una amplia variedad de condiciones diferentes que están relacionadas con el desarrollo del cerebro. Sus características pueden ser detectadas durante la primera infancia, pero frecuentemente el autismo no es diagnosticado hasta más adelante. La OMS, en su respuesta acerca de lo que es este trastorno, también señala que está caracterizado por cierta dificultad en la comunicación y las interacciones sociales, además existe la presencia atípica de patrones de comportamiento y actividad como puede ser la dificultad de cambiar de tarea o una mayor fijación a los detalles.

Asimismo, la Confederación Española de Autismo (s.f.), además de esas dificultades en el ámbito social y la flexibilidad mental, también recalca que su origen es neurobiológico, afectando a la configuración que presenta el sistema nervioso y el funcionamiento del cerebro, sin olvidar que va a acompañar a la persona durante toda su vida, es decir, no se cura, ya que no es una enfermedad.

Una mayor simplificación de la definición del TEA nos la da la Real Academia Española (Real Academia Española, s.f., definición 2), que textualmente lo señala como un “trastorno del desarrollo que afecta a la comunicación y la interacción social, caracterizado por patrones de comportamiento restringidos, repetitivos y estereotipados”.

HISTORIA Y EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DEL TEA

Para poder entender el TEA en la actualidad, resulta casi necesario saber de dónde partimos y cómo ha ido evolucionando la concepción de este espectro a lo largo de la historia, intentando comenzar desde el primer caso que se conoce para llegar a la actualidad.

Si echamos la vista atrás, varios autores han hablado acerca de los fenómenos que hoy en día son rasgos del espectro autista, pero teniendo en cuenta que todavía no había una denominación concreta y no se conocía como tal.

No hay mucha información acerca del primer caso descrito de lo que ahora conocemos como autismo, pero según Artigas-Pallarés y Paula-Pérez (2011), la primera referencia data del siglo XVI, cuando Johannes Mathesius, el cronista de un monje llamado Martín Lutero, habló acerca de un niño de 12 años con un autismo muy extremo que Lutero describe como una masa de carne sin alma que está poseída por el diablo.

La Fundación ConecTEA (s.f.), una organización de asistencia y servicios para personas con discapacidad en San Sebastián de los Reyes, muestra en su página web diferentes autores que hablaron sobre casos de personas que parecían presentar sintomatología autista sin que todavía existiera el término autismo. Entre ellos podemos encontrar autores como Hugh Blair de Borgue (1747), el médico John Down (1877), el psiquiatra Sante de Sanctis (1906) o Theodor Heller (1908).

Hay un caso muy conocido que considero interesante destacar. Es el caso del niño salvaje de Aveyron (1798), un niño que creció en el bosque rodeado de animales, sin influencia humana y que fue encontrado por el médico Jean Marc Gaspard Itard, quien intentó enseñarle cosas como el lenguaje y las normas sociales. Según Contreras Pulache et al. (2019), el niño, llamado Víctor, pudo no haber aprendido cómo interactuar con la gente o las normas sociales porque pasó ese periodo de plasticidad cerebral, pero también existe la hipótesis de que podía tener algún tipo de condición neurológica como el autismo, trastorno que podría dar una explicación al motivo que llevó a los padres a abandonarlo.

Aunque será nombrado más adelante, el aspecto social de los niños autistas tiene bastante peso, así que la idea de que Víctor estuviera en el espectro podría ser posible por las dificultades sociales que presenta, pero es algo que no se puede llegar a confirmar porque su caso tiene muchos otros detalles importantes como el hecho de haber carecido de contacto humano durante la infancia.

Una vez se ha hecho referencia a esos autores que hablaron acerca de características y casos que se pueden corresponder con el autismo, surge una pregunta: ¿quién fue la persona que utilizó por primera vez la palabra “autismo” que seguimos empleando a día de hoy? Esa persona fue Eugen Bleuler.

Tal y como indican autores como Kassas et al. (2021), el psiquiatra Eugen Bleuler fue quien empleó por primera vez la palabra “autismo”. Este término lo podemos ver en el libro que publicó en 1911 titulado *Dementia praecox, oder Gruppe der Schizophrenien*, en español: *Demencia precoz, o grupo de esquizofrenias*. Esta publicación, de unas 400 páginas, da mucha información acerca de la esquizofrenia, término que introdujo para poder agrupar aquellos síntomas en los que aparece cierta desorganización en aspectos como el pensamiento, el afecto y la conducta, dejando un poco de lado ese término de “demencia precoz” y empezar a llamarlo “esquizofrenia”.

Si comenzamos a leer su obra, la primera vez que aparece la palabra autismo es en el primer capítulo, cuando habla de la sintomatología de la esquizofrenia. Aquí Bleuler señala el autismo como uno de los síntomas presentes dentro de la esquizofrenia, refiriéndose a él como una separación de la realidad.

En el apartado B del primer capítulo, “Die zusammengesetzten Funktionen” (“Las funciones compuestas”), Bleuler dedica unas páginas a hablar concretamente del autismo bajo el título de “Das Verhältnis zur Wirklichkeit. Der Autismus” (“La relación con la realidad. El autismo”). A modo de resumen y como aspectos que más llaman la atención, podemos destacar que cuando habla del autismo como un síntoma, se está refiriendo a la desconexión con la realidad y a la existencia de una vida interior muy marcada. En este apartado también se relatan algunos ejemplos de conductas que implican autismo como puede ser la falta de interés a la realidad que rodea a la persona autista, los problemas para solucionar los malentendidos y confusión entre la percepción e imaginación. También destaca que el autismo no es un síntoma que sea fácil de percibir a primera vista, ya que aunque podemos ver a los niños bastante conectados con el entorno o situaciones que están viviendo, en realidad es probable que estén sumergidos en sus propios pensamientos.

Otra persona muy importante en el estudio del autismo es Grunia Efimovna Sukhareva, una mujer que fue psiquiatra e investigadora infantil de origen ucraniano. Ella lideró la sección dedicada a la infancia de la Sociedad de Neurólogos y Psiquiatras de Moscú. En 1921, fundó una escuela con función terapéutica en el Departamento de Psiconeurología

para niños de Moscú que presentasen problemas psiquiátricos. Allí realizó observaciones clínicas que constituyeron los cimientos de la investigación que llevaría a cabo posteriormente (Manouilenko y Bejerot, 2015).

En 1926, Sukhareva publicó su obra: *Die schizoiden Psychopathien im Kindesalter (Las psicopatías esquizoides en la infancia)*. En ella describe diferentes psicopatías esquizoides en niños, observando diferentes manifestaciones y diferenciándose de la esquizofrenia. En uno de los casos relatados se describe a un niño como un tipo introvertido que presenta una actitud autista orientada hacia sí mismo. También habla del tipo abstracto de pensamiento o de la tendencia a reflexionar, con un buen intelecto pero un tono emocional débil. Por último, se indica la presencia de estados compulsivos, aumento de los reflejos tendinosos y una insuficiencia motora.

Sukhareva señala que la sintomatología que aparece en las psicopatías esquizoides que había descrito se parece a la que relataron Kraepelin y Kretschmer para el tipo excéntrico y para el grupo de esquizoides, afirmando que características como el autismo están presentes en todos los casos que ella describe. Sin embargo, aquello que ella considera fundamental para el diagnóstico diferencial es la peculiaridad en el área motora y la insuficiencia que se expresa de manera clara.

Por último, cabe mencionar la importante alusión que hace al cerebro. La insuficiencia motora junto con la debilidad en la expresión facial, el movimiento de los brazos o las peculiaridades en la voz y el habla, podrían ser el resultado de una anomalía en el desarrollo de sistemas cerebrales específicos, por lo que señala que, aunque no cuenta con las suficientes observaciones para llegar a una conclusión, habría un componente biológico-patogénico.

Unos años más tarde se dan a conocer Leo Kanner y Hans Asperger, dos médicos y psiquiatras muy destacados que llevaron a cabo muchas aportaciones significativas al ámbito de la psiquiatría infantil, concretamente aquella que se relaciona con el Trastorno del Espectro Autista. Si bien es cierto que los dos trabajaron casi a la par, en la misma época, hay que destacar que aunque los problemas en los que se centraron eran similares, las investigaciones y descubrimientos que realizaron estaban relacionados con diferentes aspectos abarcados en el espectro autista.

Artigas-Pallarés y Paula-Pérez (2017) dicen que según indica el discurso más aceptado y extendido por la mayoría de la comunidad que se encuentra vinculada al Trastorno del Espectro del Autismo, Kanner es el autor principal y “padre” del autismo.

Por otra parte, Bialer y Voltolini (2022), están de acuerdo con Artigas-Pallarés y Paula-Pérez al afirmar que la información científica existente acerca del autismo está construida a partir del trabajo de Kanner, el psiquiatra que definió un marco diagnóstico para este trastorno. Estos autores indican que el conocimiento que poseemos acerca del TEA está muy relacionado con la forma en la que describimos los comportamientos y características, es decir, su conceptualización se ve influenciada por la forma en la que observamos y agrupamos ciertas características y comportamientos específicos. Ese conjunto de rasgos y conductas, de forma agrupada, dan lugar a un cuadro clínico que se diferencia de lo que se conocía anteriormente.

Leo Kanner publicó un artículo en 1943 con el título *Autistic disturbances of affective contact*, en español: *Trastornos autistas del contacto afectivo*. En este artículo se describieron once casos en los que diferentes niños mostraban ciertos patrones de comportamiento y dificultades a la hora de relacionarse socialmente, algo que hasta entonces no había sido comprendido y reconocido como tal. En estos infantes se realizaron unas observaciones de las que se extraen varios aspectos como una limitada actividad espontánea, la existencia de movimientos estereotipados y ciertos comportamientos repetitivos, limitaciones presentes en la comunicación o problemas a la hora de relacionarse con el resto, inflexibilidad, rituales verbales y en la secuencia de los sucesos e intereses restringidos.

Según Garrabé de Lara (2012), Kanner observó que algunos progenitores de niños con autismo tenían una falta de afectividad hacia sus hijos, lo cual generó polémica debido a la culpabilización que recaía sobre los padres, ya que se les hacía responsables de que sus hijos “padecieran TEA”. Esa falta de afectividad iba dirigida principalmente hacia las madres, así que, aunque Kanner acabó rectificando más adelante, en 1943 las llamaba “madres nevera”, nombre que venía derivado de la soledad emocional que vivían los niños con autismo a causa de la falta de contacto que tenían las madres con ellos (Cortijo, 2019). Por otra parte, se encontró que había un gran número de casos de autismo vinculados a la epilepsia, estableciéndose una diferencia entre el autismo “sindrómico” que es el que está ligado a otras condiciones, y el autismo “no sindrómico” que es el que está aislado.

Unos años antes, en 1938, el psiquiatra y pediatra austriaco Hans Asperger dio una conferencia en el Hospital Universitario de Viena, bajo el título *Das psychisch abnorme Kind* (en español, *El niño psíquicamente anormal*). En ella se enfoca en la parte de psicopatología infantil y la responsabilidad que tienen los médicos con estos niños considerados anormales. Aunque los acuña con este término, Asperger señala que no todo lo anormal tiene que ser considerado inferior, además incide en no apartarlos de la sociedad y, como trabajadores, tienen que ocupar su lugar en el organismo vivo del pueblo.

Para poder explicar esta psicopatía autista, el autor lo ejemplifica a través del caso de dos niños. Del primer caso señala que los síntomas que se consideran anormales están unidos a la personalidad y no se pueden separar de los aspectos positivos, es decir, los elementos negativos y positivos que posee una persona están interconectados, por lo que aquellos síntomas que sean molestos no se pueden eliminar por completo. A pesar de eso, destaca que el niño tiene una gran inteligencia y buen lenguaje, prácticamente como el de un adulto. También menciona algo muy interesante que es la terapia, considerando la capacidad de la intervención terapéutica para poder mejorar la situación de los menores, proporcionándoles las herramientas necesarias para poder sobrellevar las dificultades, haciéndoles ver que no están enfermos pero que son responsables de su desarrollo.

Del segundo caso, además de señalar que es un niño con torpeza motora que disfruta de no seguir las órdenes y molestar al resto de personas, cabe destacar el hecho de que no socialice con otros niños y no tenga amigos, siendo rechazado por parte del resto de sus iguales.

Más adelante, unos años después, en 1943, Asperger elaboró su tesis doctoral que fue publicada en 1944 con el nombre *Die "Autistischen psychopathen" im Kindesalter*, cuya traducción en español sería *Los "psicópatas autistas" en la infancia*. En ella habla del autismo como un síndrome que se puede diagnosticar fácilmente a los dos años, relacionándolo incluso con lo que hoy conocemos como el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, recalcando de nuevo la torpeza motora que ya nombró en uno de los casos de la conferencia, añadiendo que estos niños también pueden tener hiper o hiposensibilidad.

El trabajo de Asperger se centra principalmente en el sexo masculino, y es que afirma que el psicópata autista es una forma muy extrema de inteligencia que pertenece a los hombres, comentando que hay diferencias entre la inteligencia que presentan los niños y las niñas, las cuales dice que aprenden mejor y prefieren el trabajo claro, concreto, práctico, etc.,

a diferencia de los niños, que son mejores en las habilidades lógicas, pensamiento preciso o capacidad de abstracción. También indica que en el ámbito académico los niños suelen superar a las niñas porque aquellos exámenes que requieren la lógica y la abstracción favorecen al sexo masculino.

En definitiva, Asperger no tiene muy clara la existencia de niñas autistas e incluso se plantea que quizás los rasgos que caracterizan esta condición aparezcan después de la pubertad. Sin embargo, reconoce que se ha encontrado con madres que presentan comportamientos extremadamente autistas.

Como podemos observar, tanto Kanner como Asperger relatan casos que tienen bastantes aspectos en común, como lo son las escasas habilidades sociales o el poco interés por la interacción con el resto de personas. Si hay algo en particular que diferencia lo que describen, son esas habilidades especiales que nombra Asperger.

Si bien Kanner y Asperger son de los autores más relevantes en lo que a la contribución del estudio del autismo se refiere, según Frith (1991), quien publicó en inglés el texto de Asperger, el artículo que este psiquiatra publicó en 1944 (*Die "Autistischen psychopathen" im Kindesalter*) no había tenido mucho éxito y solo estaba accesible para aquellas personas que sabían alemán, siendo extrañamente pasado por alto en comparación con el de Kanner. Este aspecto también lo nombran Artigas-Pallarés y Paula-Pérez (2017), quienes explican que el trabajo de Asperger quedó en el olvido por el idioma y por haber sido escrito en el período del Tercer Reich, además afirman que los historiales de sus pacientes fueron destruidos por un bombardeo.

HISTORIA DE LOS DSM (DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS)

Como veremos, la evolución del concepto del TEA continúa también en los diversos cambios reflejados en manuales diagnósticos como el DSM, por sus siglas en inglés (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; en español, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales). Desde las descripciones llevadas a cabo por autores como Bleuler, la comprensión del espectro ha ido cambiando a lo largo de las cinco ediciones

del DSM. Por lo tanto, a continuación, vamos a dar un salto a este manual y a sus ediciones para conocer las diferentes conceptualizaciones.

El primer DSM fue creado por la Asociación de Psiquiatría Americana en el año 1952. Según Zabaleta (2019), el DSM seguramente sea el manual más importante dentro del campo de la psiquiatría, y es que fue elaborado para poder facilitar un diagnóstico y la comunicación entre el equipo profesional que trabaja en este ámbito. Es un referente a nivel internacional para las áreas de psiquiatría y psicología que ha ido evolucionando y publicando varias ediciones a lo largo de estos años, introduciendo cambios bastante significativos.

En el DSM-1 (1952), el autismo no está reconocido como tal, apareciendo dentro de “000-x28 Reacción esquizofrénica, tipo infantil”. En este trastorno se habla de las reacciones esquizofrénicas que tienen lugar antes de la pubertad, señalando al autismo como una manifestación de las reacciones psicóticas producidas en los niños.

En el DSM-2 (1968), vuelve a pasar prácticamente lo mismo que en la primera edición, bajo el título de “295.8 Esquizofrenia, tipo infantil**”. De hecho aquí se indica que es una categoría que no se usa en Estados Unidos y que es equivalente a “000-x28 Reacción esquizofrénica, tipo infantil” que hemos visto en el DSM-1.

En el apartado “301.2 Personalidad esquizoide”, además de describirla como un patrón de comportamiento en el que se muestra timidez o hipersensibilidad, se habla de un pensamiento autista que no impide a la persona reconocer la realidad que le rodea, pero no dejan de lado el ensimismamiento, la incapacidad de expresar hostilidad y los sentimientos agresivos.

A partir de estas dos ediciones del DSM, hay un paso importante para la consideración del autismo, y es que se deja de considerar como un trastorno emocional derivado de la supuesta falta de afectividad por parte de los padres.

Por lo tanto, llega el DSM-3 (1980), en el cual hay un apartado específico dedicado al autismo infantil, “299.0x Infante Autismo”, incluyéndose dentro de los trastornos profundos del desarrollo. Aquí podemos encontrar las características principales del autismo infantil. Se señala la falta de capacidad para responder e interactuar de manera emocional con otras personas; una existencia de dificultad en la comunicación verbal y no verbal; deja de considerarse como un síntoma de la esquizofrenia y se empieza a cuestionar esa relación con

el autismo; se dice que las características son desarrolladas a lo largo de los primeros treinta meses de vida; hay casos en los que el autismo infantil se puede relacionar con otras condiciones orgánicas como la rubeola materna; existen dificultades a la hora de estructurar gramaticalmente las oraciones además de la inversión de pronombres y problemas en los términos abstractos; etc.

Así mismo, se muestran datos interesantes como que el 40% de los niños que presentan autismo tienen un coeficiente intelectual menor a 50, y el 30% más de 70. También se destacan las habilidades visuales o la memoria a corto plazo. Por último, volver a señalar la epilepsia relacionada con este trastorno y la sorprendente prevalencia, que la sitúa en 2-4 casos por 10.000 individuos, curiosamente en clases socioeconómicas altas y más afectación en niños, tres veces más que las niñas.

Esa prevalencia es muy curiosa porque muestra al trastorno como algo muy raro que se da en pocos casos, algo que contrasta mucho con la información que tenemos hoy en día, puesto que la OMS indica una prevalencia de 1 de cada 100 niños actualmente.

Con la llegada del DSM-4 (1995), se producen cambios bastante importantes, entre ellos podemos encontrar que, aparte de incluir el trastorno autista en los trastornos generalizados del desarrollo (en lugar de profundos), se incluye el trastorno de Asperger, algo que hasta entonces no estaba dentro de los DSM ni se había nombrado, aunque eso sí, se entiende como un trastorno diferente al autista.

Puesto que las características son semejantes, aunque haya algún que otro añadido respecto a la versión anterior del DSM, se debe destacar el diagnóstico diferencial respecto al trastorno de Asperger y la esquizofrenia. El trastorno de Asperger lo diferencia principalmente por la ausencia de ese retraso en el lenguaje e indica que no se puede diagnosticar si se cumplen criterios del trastorno autista. Por otra parte, la esquizofrenia a la que Kanner ha hecho tanta referencia, se diferencia de este trastorno (autista) porque se desarrolla más tarde, pero puede establecerse su diagnóstico de forma adicional si el individuo que presenta trastorno autista empieza a desarrollar los rasgos que caracterizan a la esquizofrenia.

El Asperger fue reconocido como si fuera una entidad que está separada del autismo, y esto es algo que podemos ver hasta la llegada del DSM-5 en el año 2013, la versión en la que el síndrome de Asperger fue incluido dentro del TEA, en la nueva clasificación

catalogada como Trastornos del neurodesarrollo. Además, dejamos a un lado el término trastorno autista para hablar de un espectro, el Trastorno del Espectro del Autismo. Esta edición la analizaremos más adelante junto a los criterios diagnósticos.

Cabe mencionar que en 2022 salió una versión actualizada del DSM-5, el DSM-5-TR (quinta edición, texto revisado). En ella encontramos varios cambios que, según nos indican Rivera y Álvarez-Alatorre (2022) algunos de los que podemos encontrar son: aquellos asuntos que se relacionan con la cultura, raza y discriminación; el cuidado del lenguaje en el Capítulo de Disforia de Género; la adición del Trastorno del Estado de Ánimo no Especificado y del Trastorno de Duelo Prolongado; la Conducta Suicida y Autolesión No Suicida etc.

Si nos centramos en el Trastorno del Espectro del Autismo del DSM-5-TR (2022), se han añadido varios apartados que tratan diversas cuestiones que giran en torno al mismo y que permiten tener un conocimiento mucho más completo sobre esta condición. Aunque no se va a entrar en detalle, los apartados que encontramos son los siguientes: Procedimientos de Grabación; Especificadores; Características Diagnósticas; Características Asociadas; Prevalencia, Desarrollo y Curso; Factores de Riesgo y Pronóstico; Problemas Diagnósticos Relacionados con la Cultura; Problemas Diagnósticos Relacionados con el Sexo y el Género; Asociación con Pensamientos o Comportamientos Suicidas; Consecuencias Funcionales del Trastorno del Espectro Autista; Diagnóstico Diferencial; Comorbilidad.

La actualidad, el DSM-5-TR

Conocer la historia y los antecedentes diagnósticos del TEA es necesario, pero también es importante tener clara la manera en la que se entiende este espectro hoy en día. Como se ha nombrado previamente, el DSM es uno de los manuales en los que se define el TEA y los criterios diagnósticos, pero existe otro manual: la 11ª Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-11). Según indica Funes (2021), en la CIE-11 también se habla del TEA como un espectro debido a la variedad de manifestaciones y se señalan algunos cambios importantes como la distinción dimensional entre autismo con y sin discapacidad intelectual y con ausencia o presencia leve/grave de lenguaje funcional. La inclusión de la pérdida de competencias que habían sido adquiridas previamente como un aspecto a tener en cuenta para el diagnóstico es otro de los aspectos importantes junto al menor interés que se pone en el tipo de juego, ya que esta es

una variable cultural y es mejor centrarse en si se imponen reglas estrictas cuando juegan o no. Hay que destacar que en la CIE-11 también se reflejan las características de género y se señala que los rasgos que presentan las mujeres son diferentes a los de los hombres.

Una vez conocemos acerca de los manuales que tratan el TEA, en esta ocasión nos decantamos por el DSM, que si bien es cierto que la versión más reciente del DSM es de 2022 (DSM-5-TR), se tomará de referencia el DSM-5 del año 2013 para explicar las características y los criterios diagnósticos porque actualmente siguen siendo los mismos.

En esta quinta edición del DSM podemos observar que todo está mejor organizado y las características están explicadas de una forma más directa y concreta que en otras ediciones. En primer lugar, y como se ha comentado anteriormente, el autismo se incluye dentro de los Trastornos del desarrollo neurológico y gira en torno a dos características principales que encontramos divididas en A y B. La primera característica (A), según el DSM-5 (2013) nos dice que se presentan “diferencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, que se manifiestan en lo siguiente, actualmente o por los antecedentes” (p. 28). Dentro de esta primera característica se incluyen deficiencias en la reciprocidad socioemocional, en las conductas comunicativas no verbales y en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones.

La segunda característica (B) nos habla de la presencia de “patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes” (DSM-5, 2013, p.28). Los puntos que indica se refieren a movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos, insistencia en la monotonía, así como una excesiva inflexibilidad en las rutinas o patrones ritualizados de comportamiento no verbal o verbal, intereses muy restringidos y fijos que resultan anormales en cuanto a intensidad o foco de interés, e hiper- o hiporeactividad a los diferentes estímulos sensoriales o un interés inhabitual por aspectos sensoriales de su entorno.

Para ambas características hay que especificar el nivel que presenta, un aspecto que también es nuevo en este DSM-5, incluyendo tres niveles, dependiendo del deterioro y la necesidad de apoyo que necesita cada persona existente en la comunicación social y los patrones de comportamiento restringidos y repetitivos, siendo el nivel uno aquel en el que se requiere ayuda y el tres aquel en el que se necesita ayuda muy notable.

Por otra parte, para el diagnóstico, también hay que especificar si el Trastorno del Espectro del Autismo viene acompañado de déficit intelectual o no; de un deterioro en el lenguaje; si está asociado a alguna condición genética, médica o un factor ambiental; si se asocia a otro trastorno del neurodesarrollo, mental o de comportamiento.

En este manual de diagnóstico también se incluye una nota, y en ella hace referencia a la enfermedad de Asperger (en el DSM-5-TR no se refiere al Asperger como enfermedad, sino como trastorno), diciendo que si hay algún paciente que fue diagnosticado con la misma en la cuarta edición del DSM, el diagnóstico que se les aplicará es el del espectro del autismo. Por último, destacar que hay que tener cuidado y que si el paciente presenta problemas en la comunicación social pero no cumple los requisitos para ser diagnosticado por TEA, hay que evaluarlo para proceder al diagnóstico del trastorno de la comunicación social, porque el área que está afectada es la pragmática.

HOMBRES Y MUJERES, ¿SOMOS IGUALES?

Una vez vistas las características del TEA en el DSM-V y la mayor prevalencia de este trastorno en hombres, surge la pregunta de qué hay de diferente en el cerebro de los hombres y de las mujeres para que, aparentemente, haya muchas menos mujeres autistas. Cabe aclarar que, aunque se esté hablando de hombres y mujeres (género), se hace referencia a cuestiones biológicas, es decir, de sexo, por lo que mujer se relaciona con el sexo femenino y hombre con el masculino.

Entre el sexo femenino y masculino se pueden encontrar diferencias que incluso son perceptibles a simple vista, como el aparato reproductor, pero ¿qué pasa con el cerebro?, ¿existe un cerebro masculino y otro femenino?

La existencia de un cerebro perteneciente al sexo femenino y otro perteneciente al masculino es una cuestión que ha suscitado diferentes debates a lo largo de los años. A día de hoy, los conocimientos que tenemos acerca de la neurociencia son mayores, por lo que es posible que las creencias que se tenían hace décadas ya no tengan cabida en la actualidad. Es por ello, que alguna de las preguntas que podemos hacernos es si aquellas diferencias que vemos entre hombres y mujeres, vienen dadas de forma innata o acaban siendo fruto de la

sociedad y la cultura, una cuestión que, como veremos más adelante, está muy relacionada con el diagnóstico tardío del TEA en las mujeres.

Así que, este apartado pretende dar respuesta a la pregunta formulada inicialmente para comprender de mejor forma el cerebro. Si bien es cierto que hay mucha historia alrededor del cerebro humano y que lo que conocemos hoy en día no es fruto del azar, vamos a centrarnos en los estudios más recientes que tratan la neurociencia para explicar si de verdad existe un cerebro femenino o masculino.

Para empezar, el cerebro es “uno de los centros nerviosos constitutivos del encéfalo, existente en todos los vertebrados y situado en la parte anterior y superior de la cavidad craneal” (Real Academia Española, s.f., definición 1). Según Hidalgo y Victorero (2023), a nivel mundial, tanto hombres como mujeres intentan diferenciarlo y dividirlo como si fueran dos partes desiguales y diferentes, señalando que el género, que comenzó a emplearse sobre los años 70, se encontraba dividido en dos, el masculino y el femenino, que no solamente se diferenciaban de manera cerebral sino que también lo hacían a otros niveles como el físico, social y mental.

Antes de continuar, hay que hacer un apunte, y es que es importante diferenciar el significado de género y sexo, porque en ocasiones se utilizan indistintamente y son términos diferentes. En el caso del sexo, es una “condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas” (Real Academia Española, s.f., definición 1), es decir, el sexo se asigna según ciertas características médicas, mientras que el género se refiere al “grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido este desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico” (Real Academia Española, s.f., definición 3).

En el siglo XIX se hablaba de una inferioridad a nivel intelectual en las mujeres que venía derivada del menor tamaño y peso de sus cerebros respecto a los hombres, basándose en la frenología y la craneología (Russett, 2009, como se citó en Sanchis Segura, 2020). Esto es algo que, según Sanchis Segura (2020), no tiene ningún tipo de relación con la inteligencia ni con otro tipo de características psicológicas.

Ritchie et al. (2018) hablan del interés generado acerca de las disparidades de género en el cerebro humano por cuestiones como la prevalencia en ciertos trastornos psiquiátricos y rasgos psicológicos. Estos autores llevaron a cabo un estudio en el que incluyeron a 2750

participantes femeninas y 2466 masculinos, con una edad media de 61 años. Lo que esta investigación reveló fue que los hombres tenían mayor volumen cerebral y las áreas superficiales brutas eran más altas, así como una diferencia en la dirección y organización que presentan las conexiones de las fibras nerviosas dentro de la materia blanca.

También indican que no había una clara separación entre hombres y mujeres, y que las diferencias en regiones específicas del cerebro no están causadas únicamente por las diferencias en el tamaño o la estructura. Además, entre hombres y mujeres hay distintos patrones acerca de la forma en la que se comunican las diferentes regiones del cerebro.

Eliot et al. (2021), realizaron un estudio en el que llegaron a la conclusión de que apenas había diferencias entre el cerebro de los hombres y el de las mujeres. Las diferencias son mínimas y se deben al tamaño que presenta el cerebro, por lo que queda alejada la idea de que las distinciones sean fruto del sexo o del género.

Estos autores revisaron datos de resonancias magnéticas y otras investigaciones que se realizaron a lo largo de tres décadas. En su estudio señalan que el cerebro de los hombres es un poco más grande que el de las mujeres desde el nacimiento, que resulta en alrededor de un 11% de diferencia en los adultos. Es por ello que algunas de las diferencias se explican por una mayor presencia de materia blanca respecto a la materia gris; los patrones de conectividad entre y dentro de los hemisferios derecho e izquierdo; y el volumen que presentan regiones específicas en el cerebro masculino.

También recalcan que en el caso de la existencia de diferencias a nivel estructural o de lateralización incluso cuando el tamaño es el mismo, el género solamente explicaría un 1% del total de variabilidad. Por último, recalcar que no han encontrado diferencias en procesos como puede ser el lenguaje y que el cerebro no puede ser considerado “dimórfico sexualmente”.

Por otro lado, Hidalgo y Victorero (2023) tratan de determinar aquellas diferencias existentes del cerebro entre los dos sexos, masculino y femenino. Para ello, pasaron un cuestionario de veinticinco preguntas abiertas y cerradas a dos grupos. En uno de los grupos había cien participantes de sexo masculino y en el otro cien del femenino. Las conclusiones que obtuvieron fueron que tampoco hay diferencias en las áreas lingüísticas y cognitivas y que el hemisferio que predomina en los dos sexos es el izquierdo. Otro dato interesante que se destaca es el hecho de que solamente haya diferencias cerebrales a nivel de peso,

conexiones, volumen y el núcleo del hipotálamo, pero no son significativas, a diferencia de aquellas características genotípicas y fenotípicas, que sí lo son.

Como se puede observar, si bien es cierto que hablan de ciertas diferencias como la relacionada con el tamaño del cerebro, ninguno encuentra diferencias especialmente significativas y se llega a la conclusión de que, aunque es cierto que hay pequeñas variedades, se puede dejar de lado la idea de que exista un cerebro femenino y otro masculino.

¿QUÉ OCURRE CON LOS TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO?

Ya hemos visto que apenas hay una disparidad importante en el cerebro de hombres y mujeres, así que resulta interesante conocer cómo se desencadenan los trastornos del neurodesarrollo para poder profundizar más en la forma en la que se realiza la obtención del diagnóstico y la diferencia en la prevalencia.

Dentro de este tipo de condiciones, como ya se mencionó al principio, encontramos el Trastorno del Espectro del Autismo, que acaba teniendo un impacto en el desarrollo motor, cognitivo y emocional de los individuos con esta condición.

Lo primero que hay que saber es qué es el neurodesarrollo. Foster y López (2022) lo definen como una secuencia de cambios organizados que vamos experimentando a lo largo de nuestra vida, por lo que cada vez se van adquiriendo diversas funciones más complejas. Ese conjunto de cambios se produce gracias a la base genética que ya poseemos y su interacción con el entorno, teniendo lugar en ciertos periodos sensibles y críticos. Estos autores señalan que el neurodesarrollo se basa en la plasticidad que presenta el sistema nervioso central, el cual muestra la capacidad de adaptarse en función de las exigencias del entorno. Por último, también se destaca que los factores ambientales, la condición física, el estrés prenatal, la nutrición, etc., son aspectos que influyen y se ven vinculados al neurodesarrollo.

Según Rojas et al. (2023), en la actualidad hay muchos niños que presentan algún trastorno del neurodesarrollo que genera un impacto a nivel académico, social, personal y psicológico, por lo que reconocerlos a tiempo es importante para poder hacer frente a las posibles consecuencias.

Mariño et al. (2018) realizaron un estudio y confirmaron la existencia de un gran número de menores con este tipo de trastornos para los que hacen falta muchos recursos sociales, educativos y médicos. En él estudiaron a 1.286 pacientes y casi el 12% tenía alguna patología psiquiátrica, de los cuales el 68% eran hombres. La prevalencia era diferente dependiendo de la edad y un 47% de todos los casos tenía comorbilidad con hasta más de un trastorno mental. Las patologías más frecuentes fueron TDAH, trastornos del lenguaje, del aprendizaje, ansioso-depresivos y de la conducta, en ese orden.

En el caso del Trastorno del Espectro del Autismo, según indican Martínez et al. (2019), este se produce porque la corteza cerebral sufre una alteración que provoca anomalías en la organización de las neuronas a nivel estructural, aspecto que acaba afectando a la función sináptica y a las conexiones, provocando un daño en la corteza prefrontal y teniendo consecuencias en la socialización.

Tal y como mencionan Díaz-Anzaldúa y Díaz-Martínez (2013), el TEA no tiene una única causa, sino que interaccionan factores genéticos, epigenéticos y ambientales, habiendo una heterogeneidad tanto genética como fenotípica y otros mecanismos. En cuanto a los mecanismos hace referencia a aquellos que se relacionan con el desarrollo y las conexiones sinápticas, la neuroplasticidad, etc. También señalan que, aunque existe la heredabilidad de este trastorno y la existencia de diferentes genes vinculados al TEA, cada persona podría poseer variantes un poco más específicas que variarían entre un individuo y otro.

Ruggieri (2022) nos habla de los aspectos neurobiológicos que influyen en la existencia del TEA. Aunque menciona varios, alguno de los que podemos encontrar son alteraciones y disfunciones de la amígdala, que estaría relacionada con esa falta de comprensión social en relación con la empatía; presencia de anomalías en las mini columnas, los módulos por los que está formado el sistema cortical que influiría en ese déficit en la generalización y sería una explicación ante los intereses tan restringidos o las conductas estereotipadas; la importancia de los neuropéptidos como son la oxitocina, la hormona liberadora de corticotrofina y la vasopresina que actúan sobre el sistema nervioso central; o las alteraciones respecto a la inhibición neuronal, produciéndose un desbalance y dando lugar a epilepsia.

Por su parte, Bourgeron (2015) mencionaba la existencia de diversos estudios genéticos que habían hallado genes que elevan el riesgo de padecer autismo. Esos genes son importantes porque gracias a ellos se controla el funcionamiento de las conexiones que

presentan las células nerviosas del cerebro. Si esos genes sufren cambios, podría verse afectada la conexión existente entre las células nerviosas, más conocido como sinapsis. Por lo tanto, el cuerpo tendría problemas para mantener las conexiones en equilibrio y existe la posibilidad de que aumentase el riesgo de autismo en el individuo.

Se podría entrar más en detalle en lo que a las alteraciones se refiere, pero al fin y al cabo, tal y como indica Ruggieri (2022), es complicado abordar todas las bases neurobiológicas del TEA y no hay una sola explicación ni un aspecto específico, aunque insiste en la importancia de identificar y conocer aquellos procesos que se relacionan con la cognición social, las bases moleculares que se relacionan con los trastornos sensoriales, o los mecanismos inflamatorios, moleculares y de neuromodulación.

EL SESGO DE GÉNERO EN EL DIAGNÓSTICO DEL AUTISMO

Históricamente, como ya se ha descrito previamente, el Trastorno del Espectro del Autismo ha sido enfocado principalmente hacia los hombres y los niños, dejando de lado el reconocimiento de esta condición en las mujeres. A día de hoy, cada vez hay más conciencia sobre la presencia de este espectro en mujeres y niñas, ya que es diferente respecto al sexo opuesto, manifestándose de otra forma. El hecho de explorar estas disimilitudes es de gran importancia porque podrían influir en el diagnóstico y apoyo dirigido a una adecuada estrategia de intervención.

Si bien es cierto que nos hemos referido al DSM-5 para hablar de las características que presenta una persona autista y sus criterios diagnósticos, resulta interesante centrarnos en esa versión actualizada con la que contamos a día de hoy: el DSM-5-TR.

Según el DSM-5-TR (2022), además de hablar acerca de una prevalencia global media del 0,62%, se señala una proporción de hombre a mujer, que tal y como indican las muestras epidemiológicas, es de tres a uno, es de decir, que por cada tres hombres diagnosticados con TEA, encontramos una mujer diagnosticada. Este es un aspecto que resulta un tanto llamativo porque, tal y como se ha explicado antes, no hay una diferencia significativa entre el cerebro del hombre y la mujer, por lo que el hecho de que haya esa disparidad en la prevalencia es un hecho a destacar, cuestión que también se señala en este

apartado del DSM-5-TR al indicar la preocupación existente acerca del sub-reconocimiento del Trastorno del Espectro del Autismo en niñas y mujeres.

Lai y Szatmari (2020) indican que esa falta de reconocimiento del TEA en las mujeres puede derivarse de la interpretación errónea que hacen las personas que las rodean, ya que podrían no reconocer comportamientos indicativos propios del autismo. También señalan que la razón por la que esto ocurre se deba al hecho de asumir que el TEA tiene una afectación principalmente masculina. Por otro lado, los estereotipos de género son un aspecto que también tienen influencia en la forma en la que se perciben comportamientos como la timidez, ya que en niñas se podría considerar algo normal, pero en los niños sería una señal de alarma indicadora de autismo. Otro hecho que señalan como importante a la hora de la detección del TEA en las mujeres es la ansiedad, la cual es vista de forma más común en las mujeres y no se plantean si podría estar relacionada con el autismo y los desafíos a los que se enfrentan como la sobrecarga a nivel social.

Lai et al. (2016) ya nombraban hace unos años que el camuflaje o enmascaramiento del autismo (el cual se explicará más adelante) implica un gran esfuerzo cognitivo de manera constante que puede resultar agotador y llevar al incremento de las respuestas relacionadas con el estrés, la ansiedad y depresión debido a ese exceso de carga social, e incluso puede afectar de manera negativa al desarrollo de la identidad.

Brunetto y Vargas (2023) realizaron una revisión bibliográfica en la que concluyeron la falta de perspectiva de género feminista en el ámbito del autismo, resaltando que es fundamental acabar con la idea errónea de que existen más niños que niñas con TEA, porque esto favorece esa invisibilidad en las mujeres que provoca que haya menos diagnosticadas e incluso con diagnósticos erróneos. Según indican, esa percepción equivocada viene dada por los datos que afirman una mayor presencia de hombres con autismo, los cuales acaban siendo una referencia para los científicos y profesionales que estudian este espectro. Además, tanto la exclusión de las mujeres en la investigación científica sobre el TEA como los criterios de diagnóstico limitados (centrados en hombres), hacen que se refuerce ese estereotipo de autismo masculino.

Características del TEA femenino

Si bien sabemos que los hombres muestran unas características respecto al autismo, que vienen siendo las que ya conocemos por el DSM-5, en el caso de las mujeres no se ve tan

claro porque, como se indica más adelante, lo camuflan para estar más integradas en la sociedad, lo cual dificulta su detección. Pereira y Souto (2019) indican que pueden presentar más empatía de lo normal, gusto por lecturas de tipo ficción, preferencia por el arte, intereses muy focalizados que se consideran neurotípicos, capacidad para imitar comportamientos sociales de manera automática, etc.

Todas estas características anteriores nos llevan a que, socialmente, pasan más desapercibidas porque, a diferencia de la forma en la que se presenta en los varones, en las mujeres con Trastorno del Espectro del Autismo suele haber más motivación por interactuar a nivel social, por lo que presentan unas mayores habilidades sociales y una comunicación, tanto verbal como no verbal, más asimilada, uniéndose a esto un adecuado contacto visual, juego simbólico y un menor número de comportamientos repetitivos (Lai y Szatmari, 2020).

Por su parte, Wood-Downie et al. (2021) realizaron una revisión sistemática acerca de las diferencias de género/sexo en aspectos de la interacción social. Lo que encontraron fue que las mujeres en el espectro suelen tener mejores habilidades sociales y de comunicación que los hombres que también presentan esta condición, siendo similar al nivel social que muestran los individuos sin autismo. Sin embargo, esto no significa que las mujeres con TEA tengan mayor habilidad social, porque esto no es así. Además, aunque no se hallaron grandes diferencias, los hombres fuera del espectro parecen poseer mayores habilidades comunicativas y sociales que las féminas en el espectro. Todo esto podría dar una explicación acerca del diagnóstico tardío en las niñas respecto a los niños.

También existen algunos estudios acerca del enmascaramiento en mujeres autistas, como lo es el trabajo de Zubia y Saucedo (2023). En su investigación, tuvieron como participantes a 37 mujeres autistas sin discapacidad intelectual con edades comprendidas entre los 25 y 48 años, siendo la mayoría de Chile, Argentina y México, en este orden. Lo que se pretendió con esta investigación fue saber cuántas mujeres autistas lo ocultan y los problemas de depresión o ansiedad que hayan tenido asociados a esto. Para ello, se analizó información, tanto cuantitativa como cualitativa, que arrojó datos como el hecho de que cerca de un 65% de esas mujeres no había sido diagnosticada en la niñez (se les diagnosticó hace apenas uno o tres años). También se halló casi un 92% de los casos en los que se oculta la condición, desembocando en que alrededor del 90% de las que participaron en el estudio fueran diagnosticadas con ansiedad y/o depresión en la adultez. Un último dato importante es que el 62% aseguró que su ansiedad o depresión disminuyó al conocer que se encontraban

dentro del espectro autista. Esto coincide con la aportación de Lai y Szatmari (2020) sobre el exceso de carga social en mujeres autistas que acaba en ansiedad.

García Murillo et al. (2020), muestran en su artículo un caso clínico sobre una mujer de 13 años que presentaba rasgos depresivos. Puesto que le recetaron medicamentos para la depresión y no terminaba de funcionar, a raíz de lo que contaban los padres, decidieron administrarle la Escala de observación para el diagnóstico del Autismo segunda edición (ADOS-2). Aunque se hace una descripción bastante detallada, podemos destacar que mostraba unas habilidades lingüísticas complejas, pero con un habla lenta y monótona a excepción de temas que le gustaban, acerca de los cuales proporcionaba mucha información sin ni siquiera habérsela preguntado. Sin embargo, le era difícil mantener una conversación fluida y tampoco iniciaba las interacciones. Por otro lado, se indica que el contacto visual fue adecuado y la comunicación no verbal también, pudiendo reconocer las relaciones sociales básicas. Tampoco tenía interés en las actividades relacionadas con el juego simbólico y a lo largo de la evaluación no se observaron estereotipias, pero sí un interés muy focalizado en la cultura japonesa.

Como podemos ver, gracias a los diferentes casos y estudios realizados, las mujeres tienen una presentación del TEA que muchas veces no se corresponde en su totalidad con los criterios diagnósticos, llegando a confundir a los profesionales porque, por una causa o por otra, las características pasan desapercibidas. Todos estos aspectos se esconden detrás del enmascaramiento, cuestión que nombran varios autores y que está muy relacionada con la infra detección de autismo en las mujeres.

Antes de continuar con el enmascaramiento, resulta interesante hablar del sesgo de género que señalan algunos autores respecto a los dos principales test de diagnóstico del autismo: el Autism Diagnostic Observation Schedule-2 (ADOS-2), y el Autism Diagnostic Interview Revised (ADI-R).

Según Hervás (2022, como se citó en Pluma y Arteaga, 2023), tanto el ADOS-2 como en el ADI-R son instrumentos estandarizados que presentan menos confiabilidad para diagnosticar el TEA en mujeres. Esta autora indica que en el ADOS-2 se produce un sesgo en el diagnóstico debido a la posible confusión que puede presentar el investigador respecto a las deficiencias comunicativas y sociales, las cuales pueden ser confundidas con características de personalidad asociadas a las mujeres (como la timidez), lo cual provoca una alteración de los resultados conseguidos. Por su parte, en el ADI-R, puesto que se evalúa la presentación

del autismo a lo largo de la vida, haciendo hincapié en la infancia, es más difícil detectar los signos en esa etapa porque la expresión del Trastorno del Espectro del Autismo en mujeres es sutil.

Rea et al. (2023), a partir de la comparación de la prueba ADOS-2 entre hombres y mujeres, señalan que las mujeres autistas presentaban menos dificultades en el ámbito social y comunicativo que los hombres con esta condición, sin embargo, las diferencias desaparecieron cuando se tenía en cuenta la gravedad de la sintomatología del TEA en ambos individuos. Lo que se indica con esto es que cabe la posibilidad de que las pruebas diagnósticas del autismo presenten menor sensibilidad hacia los signos que manifiestan las mujeres, es decir, que las pruebas estén elaboradas teniendo en cuenta comportamientos típicos que se presentan principalmente en hombres, mientras que los signos en las mujeres pasan más desapercibidos. Estos autores también exponen que, aunque las mujeres tuvieran las mismas expresiones del autismo, podrían ser de menor intensidad.

Hull et al. (2020) hacen referencia al fenómeno del enmascaramiento bajo el nombre de camuflaje, recalando que no ha recibido mucha atención en el fenotipo femenino. Estos autores hablan de ello como el uso de diferentes estrategias que pueden ser conscientes o inconscientes, siendo aprendidas de forma explícita o desarrolladas de manera implícita con el fin de minimizar los rasgos autistas en un entorno social. Algunos de los ejemplos que mencionan son la imitación de las expresiones faciales que realiza la persona con la que están hablando, pudiendo realizarse de manera inconsciente o consciente. También se pueden forzar a mantener un contacto ocular y no hablar acerca de un tema que les genera mucho interés (los intereses restringidos).

Dean et al. (2017) investigaron la forma en la que los comportamientos sociales relacionados con el género pueden influir en el camuflaje del trastorno en las niñas. Observaron el comportamiento de 96 niños (24 niñas y 24 niños autistas, y 24 niñas y 24 niños con un desarrollo típico) de siete años durante el recreo. Se descubrió que las niñas con este trastorno empleaban estrategias para integrarse socialmente, quedándose cerca de sus compañeros y participando en las diferentes actividades. Por el contrario, los niños que presentaban Trastorno del Espectro del Autismo presentaban muchas más dificultades a la hora de adaptarse a su entorno social, ya que ellos pasaban la mayoría del tiempo solos, mientras que los niños con un desarrollo típico solían jugar juntos.

Las dificultades en la reciprocidad social también son un aspecto que las mujeres en el espectro camuflan. Van Ommeren et al. (2017) estudiaron las diferencias de comportamiento recíproco tanto en niños y niñas en el espectro autista como en niños y niñas neurotípicos. Si bien es cierto que los niños con esta condición mostraron limitaciones en el comportamiento recíproco a diferencia de los niños neurotípicos, las principales disparidades entre hombres y mujeres se encontraron en el grupo que presentaba autismo, llegando a la conclusión de que las niñas autistas presentaban un nivel de reciprocidad más alto que los niños con la misma condición. Sin embargo, entre el comportamiento recíproco de las niñas autistas y las niñas con un desarrollo típico, había unas diferencias mínimas.

En definitiva, tal y como indica Ruggeri (2024), el camuflaje es más común en las mujeres porque presentan una autoconciencia de los desafíos existentes en las situaciones sociales y, aunque pueda resultar positivo socialmente a corto plazo, a la larga pueden acabar con depresión y agotamiento. Así que no hay que favorecer el camuflaje, es mejor trabajar en la autoestima y la percepción que se tiene de una misma para poder ir evitando ese enmascaramiento.

CONSECUENCIAS DEL DIAGNÓSTICO TARDÍO

Como se muestra, el hecho de que el TEA en las mujeres pase desapercibido desemboca en un diagnóstico tardío que afecta en la comprensión de sus necesidades. Todo esto provoca que a lo largo de la vida, según señala Estrada (2023), a gran parte de las mujeres adultas se les haya puesto la etiqueta de padecer depresión, ansiedad o trastorno límite de la personalidad, afectaciones que pueden estar asociadas pero no son el foco principal. También indica que esa confusión en el diagnóstico provoca que no se resuelvan las dificultades, debido a que solamente se aborda la sintomatología asociada. En consecuencia, ya que las dificultades no son resueltas de manera completa, pueden acabar generando problemas que estén interconectados entre sí.

En el estudio realizado por Leedham et al. (2020) se realizaron entrevistas semiestructuradas a once mujeres en el espectro autista que fueron diagnosticadas a partir de los cuarenta años, cuyo objetivo era conocer sus experiencias. Estos autores llegaron a la conclusión de que antes de que las mujeres con esta condición fueran diagnosticadas, se sentían mucho más impotentes y pasaban por desequilibrios y falta de poder en sus vidas,

además recibían etiquetas y diagnósticos erróneos que provocaban problemas en la autoestima, la identidad y la salud mental. Todo esto cambió después del diagnóstico, ya que generalmente presentaron un aumento en la sensación de control y una mayor comprensión de las experiencias que habían vivido. Si bien es cierto que el proceso de diagnóstico fue difícil porque volvían a revivir lo mal que lo habían pasado, con un diagnóstico temprano podrían haber evitado parte de esa angustia y sufrimiento.

Russo et al. (2023) trataron de encontrar respuesta a las causas que provocan un diagnóstico tardío e identificaron hasta seis factores asociados a ese retraso en el diagnóstico (desde motivos socio-demográficos hasta características clínicas). Señalan que es un problema complejo y multifactorial que puede tener consecuencias en el desarrollo de estos chicos y chicas (no hace distinción entre hombres y mujeres, habla en general), además de tener un impacto en sus familias y entorno. También afirman que un diagnóstico y una intervención adecuadas son de gran importancia para lograr un mejor pronóstico, reducir el estrés de la familia, ser más funcionales a nivel social y emocional o reducir los posibles efectos de otras condiciones médicas que se asocien.

Por otra parte, en el estudio realizado por Leiva (2022) para conocer las consecuencias que presenta un diagnóstico tardío en las mujeres con esta condición, se seleccionó una muestra de 128 mujeres que fueron diagnosticadas en la edad adulta y se les pasó un cuestionario con preguntas abiertas. Cuando se les pidió una reflexión respecto al diagnóstico tardío, se pudieron ver puntos en común como que el hecho de haber sido diagnosticadas antes podría haber evitado ciertas dificultades a nivel emocional y de identidad, también se nombra el no haber sido comprendidas y haber sufrido daño por intentar encajar. Es curioso resaltar que, aunque hay muchos aspectos negativos por no haber recibido un diagnóstico temprano, también se señalan algunos aspectos positivos de no haberlo recibido antes, tales como evitar el estigma social, la sobreprotección por parte de los padres o la autocompasión.

CONCLUSIÓN

Mediante la realización de este trabajo he podido encontrar respuestas y adquirir muchos más conocimientos en relación al Trastorno del Espectro del Autismo, especialmente en mujeres, ya que en este grupo todavía queda mucho por investigar.

El autismo es una condición de la cual se tienen referencias desde hace siglos atrás, pero para llegar al concepto que tenemos hoy en día sobre el Trastorno del Espectro del Autismo se ha tenido que investigar mucho y cambiar ideas que estaban equivocadas.

Por un lado, el progreso que ha sufrido el conocimiento y comprensión del TEA ha sido muy importante, ya que ha pasado de tener diferentes definiciones, orígenes y ser una condición que generalmente tenía afectación en los hombres (llegándose a considerar hasta una muestra de inteligencia superior por encima de las mujeres), a llegar a ser reconocido en la actualidad como un trastorno del neurodesarrollo dentro de manuales como el DSM-5-TR y la CIE-11, en los cuales podemos encontrar unos criterios diagnósticos que a su vez han permitido plasmar de una forma más precisa las manifestaciones que presenta el TEA, diferenciándolo de otro tipo de trastornos o condiciones con los que se confundía antiguamente.

A pesar de la evolución en los conocimientos acerca de este trastorno, sigue habiendo un sesgo de género que se viene arrastrando desde los tiempos de los autores Leo Kanner y Hans Asperger, sesgo que lleva a una proporción de tres hombres diagnosticados por una mujer.

Cabe destacar que en los diferentes estudios que se han realizado de neuroimagen no se han hallado diferencias importantes a nivel cerebral entre hombres y mujeres más allá de las que se pueden encontrar debido al tamaño del cerebro. Esto nos indica que las diferencias observadas entre ambos sexos podrían derivar de factores socioculturales en lugar de biológicos. Además, no es que las mujeres tengan menos probabilidades de ser autistas, sino que hay un sub-reconocimiento debido a que las manifestaciones de esta condición se centran en los hombres, ignorando el camuflaje o enmascaramiento que suelen presentar las mujeres.

Este sub-reconocimiento nos lleva a un infra-diagnóstico y a la presencia de diagnósticos tardíos que pueden acarrear en un futuro problemas de salud mental como la depresión o la ansiedad, así como etiquetas erróneas que no se ajustan a lo que realmente les ocurre, por lo que la intervención acaba en fracaso.

En definitiva, todavía queda mucho por explorar respecto al Trastorno del Espectro del Autismo en mujeres para abordar esos sesgos de género que se cuelan hasta en las pruebas diagnósticas. Además, es importante asegurar una detección e intervención precoz y ajustada a las necesidades de cada individuo, independientemente del sexo, para reducir los

problemas que puedan presentarse más adelante. Asimismo, hay que seguir investigando para tener una mayor comprensión sobre las diferentes manifestaciones que permitan aumentar la calidad de vida de las personas con este trastorno.

En relación con mi grado universitario, Magisterio en Educación Infantil, esta investigación supone un conocimiento mucho más amplio del Trastorno del Espectro del Autismo, especialmente de la afectación en las mujeres, ya que ha sido un aspecto que apenas se ha tratado a lo largo de la carrera y que, tal y como he podido descubrir y plasmar en este trabajo, el autismo en las mujeres es un tema al que le queda mucho camino por delante.

Desde el primer momento en el que me enteré del llamado “autismo invisible”, dado principalmente en mujeres, supe que quería profundizar más sobre ello, ya que la gran diferencia entre el número de hombres y mujeres que estadísticamente se encuentran dentro del espectro autista me resultaba muy curiosa. Por ello, consideré un punto importante el hecho de investigar acerca de las posibles diferencias entre el cerebro de ambos sexos, porque si hay muchos más hombres diagnosticados que mujeres y este es un trastorno del neurodesarrollo, no era descabellado pensar que ahí podría estar la respuesta. Sin embargo, esto no tiene nada que ver, puesto que, como ya se ha mencionado, no hay prácticamente diferencias.

El hecho de saber que apenas hay disimilitudes entre el cerebro de un hombre y una mujer, no solamente sirve para buscar más allá de la biología y enfocarnos en aspectos sociales que puedan estar influyendo en un posible infradiagnóstico, sino que también permite eliminar creencias sobre la superioridad de un sexo sobre otro y crear una sociedad más justa.

Si nos centramos en el TEA y en la etapa escolar, la información que se plasma en esta revisión bibliográfica es útil tanto para docentes como para familias, puesto que nuestro conocimiento sobre este espectro podría detectar señales que nos indiquen que algo no está yendo como debería.

En el caso de Infantil y Primaria, al conocer la presentación del autismo en niños y niñas, sabiendo que en ellas cabe la posibilidad de pasar más desapercibido debido a la capacidad que tienen para camuflarlo, se puede realizar una detección temprana que derive en intervenciones eficaces y personalizadas, por lo que el alumnado se sentiría mejor y su desarrollo mejoraría de manera significativa.

También es importante contar con estos conocimientos porque si los docentes y las familias sabemos que las niñas tienen una tendencia al enmascaramiento del TEA y no se manifiesta igual que en los niños, tenemos la oportunidad de prestar más atención y centrarnos en aquellas señales más sutiles. Además, de esta manera los maestros estamos mejor informados y preparados para apoyar a este alumnado y reducir el riesgo de los diagnósticos tardíos, los cuales conllevan un impacto negativo en la calidad de vida de estas personas.

Por último, esta información puede marcar una puerta de entrada hacia la revisión de las pruebas diagnósticas del TEA, ya que no hay mucha información sobre el sesgo que se produce en las mismas pero hay constancia de que no son tan eficaces para las mujeres, por lo que invita a su investigación y profundización.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (1st ed.).
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (2nd ed.).
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3d ed.).
- American Psychiatric Association. (1995). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.).
- American Psychiatric Association. (2022). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed., texto revisado).
- Artigas-Pallarés J., & Pérez I. P. (2017). Deconstruyendo a Kanner. *Revista de Neurología*, 64(1), 9-15.
- Artigas-Pallarés J., & Pérez I. P. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Revista de la asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(115), 567-587.

- Asperger, H. (1938). Das psychisch abnorme Kind. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 49, 1314-1317.
- Asperger, H. (1944). Die “Autistischen psychopathen” im kindesalter. *Archiv für psychiatrie und nervenkrankheiten*, 117(1), 76-136.
- Bialer, M., & Voltolini, R. (2022). Autismo: história de um quadro e ou quadro de uma história. *Psicologia em Estudo*, 27.
- Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox, oder Gruppe der Schizophrenien*, 4.
- Bourgeron, T. (2015). From the genetic architecture to synaptic plasticity in autism spectrum disorder. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(9), 551-563.
- Brunetto, D., & Vargas, G. (2023). Meninas e mulheres autistas: completar o espectro é uma questão de gênero. *Cadernos de Gênero e Tecnologia*, 16(47), 258-275.
- ConecTEA. (s.f.). *Historia resumida del autismo (I)*. <https://www.fundacionconectea.org/2023/02/28/historia-resumida-del-autismo-i/>
- Confederación Española de Autismo. (s.f.). *Qué es el autismo*. <https://autismo.org.es/el-autismo/que-es-el-autismo/>
- Contreras-Pulache, H., Joya-Quispe, A. I., Moya-Maldonado, D. S., Oscanoa-Chávez, A. J., Pérez Ly, Y. S., & Moya Salazar, J. (2019). Una interpretación Informativa del Niño Salvaje de Aveyron: L'enfant sauvage (1970). *Revista de Medicina y Cine*, 15(4), 221-230.
- Cortijo, G. L. A. R. (2019). La importancia del control de las emociones de padres con hijos con trastorno del espectro autista (TEA). *Educación*, 25, 79-82.
- Dean, M., Harwood, R., & Kasari, C. (2017). The art of camouflage: Gender differences in the social behaviors of girls and boys with autism spectrum disorder. *Autism*, 21, 678–689.
- Díaz-Anzaldúa, A., & Díaz-Martínez, A. (2013). Contribución genética, ambiental y epigenética en la susceptibilidad a los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, 57(12), 556-568.

- Eliot, L., Ahmed, A., Khan, H., & Patel, J. (2021). Dump the “dimorphism”: Comprehensive synthesis of human brain studies reveals few male-female differences beyond size. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *125*, 667-697.
- Estrada, K. A. P. (2023). Perspectivas únicas: el espectro autista en mujeres. *Revista Digital Universitaria*, *24*(6).
- Förster, J., & López, I. (2022). Neurodesarrollo humano: un proceso de cambio continuo de un sistema abierto y sensible al contexto. *Revista Médica Clínica Las Condes*, *33*(4), 338-346.
- Frith, U. (1991). Asperger and his syndrome. *Autism and Asperger syndrome*, *14*, 1-36.
- Funes, M. L. G. (2021). El autismo en los manuales diagnósticos internacionales. *Revista Española de Discapacidad (REDIS)*, *9*(1), 273-283.
- García-Murillo, L., Díaz-de-Neira, M., Forti-Buratti, M. A., & Palanca-Maresca, I. (2020). Una presentación no tan atípica: autismo en mujeres. *Revista De Psiquiatría Infanto-Juvenil*, *37*(3), 29–34.
- Garrabé de Lara, J. (2012). El autismo: Historia y clasificaciones. *Salud mental*, *35*(3), 257-261.
- Hidalgo, A. V., & Victorero, E. R. (2023). Diferencias del cerebro humano bajo el punto de vista de género. Un meta-análisis. *La Universidad*, 41-88.
- Hull, L., Petrides, K.V. & Mandy, W. (2020) The Female Autism Phenotype and Camouflaging: a Narrative Review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, *7*, 306–317.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous child*, *2*(3), 217-250.
- Kassas, P., Zarogiannis, S., Gourgoulianis, K., & Andreou, G. (2021). *Autism or hautism? An etymological approach*. Sociedad Médica de Atenas.
- Lai, M. C., & Szatmari, P. (2020). Sex and gender impacts on the behavioural presentation and recognition of autism. *Current Opinion in Psychiatry*, *33*(2), 117-123.

- Lai, M. C., Lombardo, M. V., Ruigrok, A. N., Chakrabarti, B., Auyeung, B., Szatmari, P., Happé, F., & Baron-Cohen, S. (2016). Quantifying and exploring camouflaging in men and women with autism. *Autism, 21*(6), 690–702.
- Leedham, A., Thompson, A. R., Smith, R., & Freeth, M. (2020). ‘I was exhausted trying to figure it out’: The experiences of females receiving an autism diagnosis in middle to late adulthood. *Autism, 24*(1), 135-146.
- Leiva, M. (2022). Mujeres autistas chilenas diagnosticadas en edad adulta: Consecuencias y dificultades durante el proceso. *Psiquiatría y salud mental, 39*(3/4), 96-101.
- Manouilenko, I., & Bejerot, S. (2015). Sukhareva—prior to Asperger and Kanner. *Nordic journal of psychiatry, 69*(6), 1761-1764.
- Mariño, M. C., Ageitos, A. G., Alvarez, J. A., del Rio Garma, M., Cendón, C. G., Castaño, A. G., & Nieto, J. P. (2018). Prevalencia de trastornos del neurodesarrollo, comportamiento y aprendizaje en Atención Primaria. *Anales de Pediatría, 89*(3), 153-161.
- Martínez-Morga, M., Paz Quesada, M., Bueno, C., & Martínez, S. (2019). Bases neurobiológicas del autismo y modelos celulares para su estudio experimental. *Medicina (Buenos Aires), 79*, 27-32.
- Organización Mundial de la Salud. (15 de noviembre de 2023). *Autismo*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
- Organización Mundial de la Salud. (30 de marzo de 2022). *Autismo*. [https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/autism-spectrum-disorders-\(asd\)](https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/autism-spectrum-disorders-(asd))
- Pereira, A. K. M., & Souto, V. T. (2019). A cor do autismo e sua relevância na representação simbólica de mulheres. *In Anais do 9th Information Design International Conference. Belo Horizonte*.
- Pluma, R. R., & Arteaga, E. H. (2023). Trastorno del Espectro Autista en Mujeres: Un Área Pendiente para la Investigación en Educación Especial. *Integra2 revista electrónica de educación especial y familia, 14*(2), 60-73.

- Rea, H. M., Øien, R. A., Shic, F., Webb, S. J., & Ratto, A. B. (2023). Sex differences on the ADOS-2. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 53(7), 2878-2890.
- Real Academia Española. (s.f.). Autismo. *En Diccionario de la lengua española*. Recuperado en 15 de mayo de 2024, de <https://dle.rae.es/autismo>
- Real Academia Española. (s.f.). Cerebro. *En Diccionario de la lengua española*. Recuperado en 15 de mayo de 2024, de <https://dle.rae.es/cerebro%20?m=form>
- Real Academia Española. (s.f.). Género. *En Diccionario de la lengua española*. Recuperado en 15 de mayo de 2024, de <https://dle.rae.es/g%C3%A9nero?m=form>
- Real Academia Española. (s.f.). Sexo. *En Diccionario de la lengua española*. Recuperado en 15 de mayo de 2024, de <https://dle.rae.es/sexo?m=form>
- Ritchie, S. J., Cox, S. R., Shen, X., Lombardo, M. V., Reus, L. M., Alloza, C., ... & Deary, I. J. (2018). Sex differences in the adult human brain: evidence from 5216 UK biobank participants. *Cerebral cortex*, 28(8), 2959-2975.
- Rivera, J. A. G., & Álvarez-Alatorre, Y. (2022). DSM-5-TR: Antecedentes históricos y descripción general de los principales cambios. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 33(2), 302-317.
- Rojas, J. G., Valenciano, M. B., Arias, M. N., Koleva, S. S., & Santos, E. F. (2023). Trabajo monográfico. Todo lo que debes saber sobre los trastornos del neurodesarrollo. *Revista Sanitaria de Investigación*, 4(5), 252.
- Ruggieri, V. (2022). Autismo. Aspectos neurobiológicos. *Medicina (Buenos Aires)*, 82(3), 57-61.
- Ruggieri, V. (2024). Autismo. Aspectos neurobiológicos. *Medicina (Buenos Aires)*, 84, 37-42.
- Russo, F. M., Rodríguez, E., & Cafiero, P. J. (2023). Factores asociados al diagnóstico tardío del Trastorno del Espectro Autista. *Medicina Infantil*, 30(4), 373-381.
- Sanchis Segura, C. (2020). Cerebros masculinos y femeninos. ¿Mito o realidad?. *Mètode*, (107), 15-22.
- Ssucharewa, G. E. (1926). Die schizoiden Psychopathien im Kindesalter. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 60(4), 235-261.

- Tasa-Vinyals, E., Giral, M. M., & Raich, R. M. (2015). Sesgo de género en medicina: concepto y estado de la cuestión. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (113), 14-25.
- Van Ommeren, T. B., Koot, H. M., Scheeren, A. M., & Begeer, S. (2017). Sex differences in the reciprocal behaviour of children with autism. *Autism*, 21(6), 795–803.
- Wood-Downie, H., Wong, B., Kovshoff, H., Cortese, S., & Hadwin, J. A. (2021). Research Review: A systematic review and meta-analysis of sex/gender differences in social interaction and communication in autistic and nonautistic children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 62(8), 922-936.
- Zabaleta, O. G. (2019). The construction of the DSM: Genealogy of a sociopolitical product. *THEORIA. An International Journal for Theory, History and Foundations of Science*, 34(3), 441-460.
- Zubia, A. G., & Saucedo, I. C. C. (2023). Exploración del enmascaramiento en mujeres autistas y la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva. *Ehquidad. Revista Internacional de Políticas de Bienestar y Trabajo Social*, (20), 99-110.