



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Magisterio Educación Infantil

Diferencias de género en el neurodesarrollo y su impacto en
la detección educativa del TDAH y el TEA en Educación
Infantil: Revisión teórica

*Gender Differences in Neurodevelopment and Their Impact on the
Educational Detection of ADHD and ASD in Early Childhood Education: A
Theoretical Review.*

Autora

Alicia Cortés Vives

Directora

Juana Soriano Bozalongo

Facultad de Educación. Campus San Francisco.

Año 2024/25

Diferencias de género en el neurodesarrollo y su impacto en la detección educativa del TDAH y el TEA en Educación Infantil: Revisión teórica

Resumen

Este Trabajo de Fin de Grado tiene como objetivo analizar las diferencias de género en la manifestación y detección educativa de dos trastornos del neurodesarrollo de alta prevalencia en la infancia: el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y el Trastorno del Espectro Autista (TEA). A partir de una revisión teórica, se abordan tanto los factores neurobiológicos como los procesos de socialización que influyen en la presentación de ambos trastornos, especialmente en niñas, quienes tienden a ser infradiagnosticadas o mal diagnosticadas debido, entre otras causas, al enmascaramiento de síntomas y a sesgos en los instrumentos de diagnósticos. El trabajo también explora la comorbilidad entre ambos trastornos, la función del profesorado de Educación Infantil en la detección precoz, y la necesidad de incorporar una perspectiva de género en los procesos de evaluación y acompañamiento. Se concluye con una aproximación a una guía de buenas prácticas para la identificación temprana del enmascaramiento de síntomas en niñas, con el fin de avanzar hacia una educación más inclusiva, equitativa y consciente de la diversidad del alumnado.

Palabras clave: TDAH, TEA, género, enmascaramiento, Educación Infantil.

Abstract

This Final Degree Project aims to analyze gender differences in the manifestation and educational detection of two highly prevalent neurodevelopmental disorders in childhood: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Autism Spectrum Disorder (ASD). Based on a theoretical review, the study addresses both neurobiological factors and socialization processes that influence how these disorders present, particularly in girls, who tend to be underdiagnosed or misdiagnosed due, among other reasons, to symptom masking and biases in diagnostic tools. The work also explores the comorbidity between both disorders, the role of Early Childhood Education teachers in early detection, and the need to incorporate a gender perspective into assessment and support processes. It concludes with a proposal for a good practice guide for the early identification of symptom masking in girls, with the aim of promoting a more inclusive, equitable, and diversity-aware educational environment.

Keywords: ADHD, ASD, gender, masking, Early Childhood Education.

Índice

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	5
1. TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO	7
2. TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA).....	8
2.1. TEA en niñas	10
3. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH)	12
3.1. TDAH en niñas.....	15
4. COMORBILIDAD O INTERRELACIÓN ENTRE TDAH Y TEA	16
4.1. Solapamiento de síntomas en niñas	18
5. DIFERENCIAS NEUROBIOLÓGICAS ENTRE SEXOS EN LA INFANCIA.....	19
6. LA INFLUENCIA DEL GÉNERO EN LA SOCIALIZACIÓN INFANTIL.....	23
6.1. Género como construcción social.....	23
6.2. Socialización de género en la infancia: emociones, normas y expectativas.....	24
6.3. Juego, lenguaje y relaciones sociales como espacios de construcción de género	25
7. ENMASCARAMIENTO O MASKING	27
8. SESGOS DE GÉNERO EN EL DIAGNÓSTICO	29
9. ESCUELA COMO AGENTE EN LA DETECCIÓN E INTERVENCIÓN.....	31
10. APROXIMACIÓN A UNA GUIA DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA DETECCIÓN DEL ENMASCARAMIENTO DE SÍNTOMAS EN NIÑAS	33
11. CONCLUSIONES.....	36
REFERENCIAS	39

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

A lo largo de mi carrera universitaria he podido entender e interiorizar la importancia de adaptar la enseñanza a las necesidades individuales del alumnado, para lo cual es fundamental detectar estas necesidades a tiempo y ofrecer una enseñanza acorde a ellas. No solo en el ámbito académico, sino también en mi recorrido personal, he tenido múltiples ocasiones para cuestionar la interpretación del comportamiento infantil según el género. Situaciones vividas en primera persona de la mano de observaciones realizadas en entornos educativos me han permitido notar que muchas niñas que presentan determinadas dificultades suelen ser percibidas como “tímidas”, “distráidas” o “emocionales”, mientras que, en los niños, conductas similares despiertan las alarmas con mayor facilidad. Estas diferencias no son siempre visibles a simple vista, pero sí profundamente significativas ya que evitamos diagnosticar a tiempo y detectar esas necesidades individuales que en la teoría parecen más importantes que en la práctica.

Esta experiencia ha sido el motor que me ha impulsado a cuestionarme e investigar por qué, a pesar de los avances en el ámbito clínico y educativo, las niñas siguen siendo infradiagnosticadas o mal diagnosticadas, cubriéndose con una simple “prevalencia de género”, especialmente cuando se trata de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y de Trastorno del Espectro Autista (TEA). Mi objetivo con este trabajo no es solo académico, sino que también es una forma de contribuir a una mirada más inclusiva, comprensiva y profesional desde la primera infancia, ayudando a futuras docentes a reconocer señales reales que muchas veces se silencian bajo estereotipos de género.

Es por ello por lo que el presente Trabajo de Fin de Grado se enmarca dentro del ámbito de la neurodiversidad, abordando específicamente el análisis de las diferencias de género en la manifestación y diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista (TEA) y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), dos trastornos del neurodesarrollo de alta prevalencia en la infancia.

A pesar del incremento de información que tenemos acerca de este campo, persiste un sesgo de género tanto en la detección como en la comprensión de estos trastornos, lo que conlleva un infradiagnóstico o diagnóstico tardío en niñas, lo cual afecta directamente a su desarrollo educativo, emocional y social (Lai et al., 2015). Debido a las muestras utilizadas en los estudios de observación, el perfil diagnóstico se ha construido principalmente sobre criterios observados en varones, lo que invisibiliza las diferentes formas de presentación en mujeres, especialmente

en el caso del TEA, donde encontramos una mayor capacidad de camuflaje social (Hull et al., 2020).

Por otro lado, es imprescindible tener en cuenta que tanto el TEA como el TDAH pueden presentar síntomas solapados, como dificultades de autorregulación, problemas de atención o relaciones sociales, lo que puede dificultar más todavía su detección cuando ambos trastornos coexisten o se manifiestan de forma atípica (Antshel et al., 2016).

Esta cuestión adquiere especial importancia en el ámbito educativo, especialmente en edades tempranas como en la etapa de Educación Infantil, donde el papel del docente resulta imprescindible para la detección precoz de señales de alerta y la implementación de medidas inclusivas y de apoyo. Como futura maestra, la elección de este tema responde a mi compromiso con una educación más equitativa, capaz de reconocer y aceptar la diversidad neuropsicológica y de género desde la primera infancia, evitando que las niñas con perfiles neurológicos atípicos pasen desapercibidas y puedan desarrollar consecuencias emocionales, sociales o académicas a largo plazo (Ratto et al., 2018).

Por todo ello, el propósito general de este Trabajo de Fin de Grado es realizar una revisión teórica en profundidad sobre las diferencias de género en la manifestación, diagnóstico e implicaciones educativas del TEA y TDAH, con especial atención al contexto escolar. De este modo, el objetivo general es analizar cómo las diferencias de género influyen en la detección, diagnóstico y respuesta educativa ante los trastornos del neurodesarrollo, concretamente TEA y TDAH, en la infancia. Encontramos como objetivos específicos los siguientes:

- Revisar la literatura científica actual sobre el solapamiento y la comorbilidad entre TEA y TDAH.
- Identificar las diferencias en la manifestación clínica de ambos trastornos según el género, con énfasis en los mecanismos de enmascaramiento o camuflaje en niñas.
- Explorar las consecuencias educativas y emocionales del infradiagnóstico en niñas con TEA y/o TDAH.
- Reflexionar sobre el papel del profesorado de Educación Infantil en la detección e intervención temprana con perspectiva de género.
- Proponer recomendaciones educativas para una mayor equidad en la atención a la neurodiversidad en el aula.

1. TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO

Hablamos de neurodesarrollo como la secuencia ordenada y orquestada de cambios que experimenta el sistema nervioso durante la vida que da lugar a la adquisición de nuevas y más complejas habilidades funcionales. Estos cambios son el resultado de diferentes procesos en los que participan variables tanto biológicas como ambientales, creándose una interacción recíproca y plástica (Förster y López, 2022). Por ello, podemos afirmar que una de las finalidades de este gran proceso evolutivo es la adaptación al medio que nos rodea (Artigas, 2012). El neurodesarrollo no es solamente algo biológico, sino que se da a través de un proceso de interacción entre el niño y el entorno que lo rodea, que obtiene como resultado la maduración del sistema nervioso con el consiguiente desarrollo de las funciones cerebrales y, a su vez, la formación de la personalidad. El desarrollo del cerebro es un proceso muy complejo y preciso que inicia muy temprano en la vida y continúa varios años después del nacimiento (Medina et al., 2015).

En este contexto, cuando se producen alteraciones o desviaciones significativas en dicho proceso, hablamos de trastornos del neurodesarrollo. El *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5-TR*, define los trastornos del neurodesarrollo como “un grupo de afecciones con inicio en el período del desarrollo. Los trastornos suelen manifestarse antes de que el niño entre en la escuela primaria y se caracterizan por déficits del desarrollo que producen limitaciones en áreas específicas o globales del funcionamiento personal, social, académico o laboral” (American Psychiatric Association, 2022). Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (2022), los define como “trastornos conductuales y cognitivos que surgen durante el desarrollo y que dan lugar a dificultades considerables en la adquisición y ejecución de funciones intelectuales, motoras o sociales específicas”.

Tradicionalmente, estos trastornos se han abordado desde un enfoque clínico y biomédico, centrado en el diagnóstico y tratamiento de los déficits. Sin embargo, en los últimos años ha surgido una perspectiva alternativa: la de la neurodiversidad. Este término alude a la variación natural en el funcionamiento cognitivo humano, incluyendo condiciones como autismo, TDAH o dislexia; y plantea que estas diferencias constituyen formas alternativas de procesar la realidad, no déficits en relación con un patrón “neurotípico” (Azevedo et al., 2023). Dentro de este marco, la neurodivergencia designa a las personas cuyas formas de pensar o sentir se sitúan fuera de dicha norma y que, históricamente, han sido tratadas como parte de la “otredad mental”, es decir, categorizadas mediante términos que las separan simbólicamente de la mayoría y legitiman su subordinación social (Rosqvist et al., 2022). Reconocer la

neurodiversidad implica, por tanto, desplazar la mirada desde la noción de trastorno hacia la de funcionamiento cognitivo plural, cuestionando un legado discriminatorio que etiquetó a estas personas como “subnormales”, “retrasadas” o “discapacitadas” y reivindicando su lugar legítimo en la escuela y en la sociedad (Pripas-Kapit, 2020).

2. TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)

Según la OMS (2023), los trastornos del espectro autista (TEA) son un grupo de afecciones diversas relacionadas con el desarrollo del cerebro. Se caracterizan por algún grado de dificultad en la interacción social y la comunicación, presentan patrones atípicos de actividad y comportamiento; por ejemplo, dificultad para pasar de una actividad a otra, gran atención a los detalles y reacciones poco habituales a las sensaciones. A su vez, afirma que estas características pueden presentarse en la primera infancia, a pesar de que a menudo no se detecte hasta la edad adulta.

Asimismo, la Confederación Española de Autismo (s.f.), define este trastorno como una condición del neurodesarrollo que afecta a la configuración del sistema nervioso y al funcionamiento cerebral. Sus rasgos más característicos son las dificultades en la comunicación e interacción social, y la capacidad de flexibilizar el pensamiento y la conducta de la persona que lo presenta.

El *DSM-5-TR*, propuesto por la American Psychiatric Association (2022) reúne los siguientes criterios diagnósticos acerca del TEA:

A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos:

1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional varían.
2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social varían.
3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones varían.

B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos:

1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipada o repetitiva.

2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal.
3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés.
4. Hiper o hiporreactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno.

C. Los síntomas deben estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo.

D. Los síntomas causan deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.

E. Estas alteraciones no se explican mejor por el trastorno de desarrollo intelectual o por el retraso global del desarrollo.

A partir de los tres años, los niños con autismo presentan diversas alteraciones en áreas clave del desarrollo. En lo que respecta a la comunicación, se observa un déficit en el desarrollo del lenguaje, con especial dificultad en la comprensión, un uso limitado del mismo, escasa respuesta cuando se les llama por su nombre, una comunicación no verbal deficiente al no señalar objetos y la ausencia de la sonrisa social, lo que impide compartir placer o responder a la sonrisa de los demás, como señalan Hernández et al. (2005). Además, Martos (2006) describe una sordera paradójica, caracterizada por la falta de respuesta ante el llamado o las órdenes verbales, aunque sí se reaccione a otros estímulos auditivos.

En cuanto a las relaciones sociales y el comportamiento, los niños tienden a perder el interés por interactuar con sus iguales, lo que se traduce en un aislamiento progresivo. No utilizan la mirada como medio de interacción y el contacto ocular es difícil de establecer. También presentan una capacidad limitada para imitar conductas simples, como aplaudir, no juegan con juguetes ni con otros objetos, y tampoco muestran objetos a los demás. A esto se suma una escasa capacidad para reconocer o responder a emociones como la felicidad o la tristeza en otras personas, así como la ausencia de juegos espontáneos o de ficción, lo que denota una carencia de actividad simbólica. Su relación con los adultos puede ser inusual, manifestando una excesiva dependencia o, por el contrario, una marcada indiferencia. Según Martos (2006), el juego y la actividad funcional con objetos tienden a ser muy rutinarios y repetitivos. Es frecuente que repitan las mismas rutinas o rituales y muestren una fuerte resistencia a los cambios en su entorno, lo que genera reacciones emocionales intensas. Además, como afirman

Hernández et al. (2005), pueden presentar hipersensibilidad a estímulos auditivos y táctiles, respuestas olfativas inusuales, manierismos motores, conductas agresivas hacia sus iguales y comportamientos de oposición frente a la figura adulta.

En cuanto al origen de este trastorno, se ha intentado dar una respuesta precisa a lo largo del tiempo. Sin embargo, existen múltiples teorías que pueden ajustarse a cada caso de forma individualizada. En este trabajo, centraremos la atención en una de ellas. Actualmente se está dando mucha importancia a cómo las personas con TEA procesan la información. Para ello, es necesario entender los dos estilos de procesamiento de información que existen. Se tratan de dos procesos con continuidad entre ellos. El primero de ellos, la sistematización, responsable de la comprensión intuitiva de cómo funcionan los objetos mecánicos, la preferencia por la información relacionada con el mundo físico y la tendencia a la atención al detalle y a concretar. El segundo, la empatización, que nos permite comprender de forma intuitiva cómo funcionan los seres humanos, atribuir estados mentales a otras personas, atender y generalizar de forma global en lugar de al detalle. La teoría del cerebro masculino extremo propone que el cerebro masculino llevado al extremo es la sistematización por excelencia. Se entiende que las personas con TEA cuentan con un cerebro masculino extremo (Baron-Cohen, 2009).

2.1. TEA en niñas

Sarah Hendrickx (2024) llevó a cabo una investigación en la que pidió a los participantes que diesen ejemplos de comportamientos atípicos tempranos que reflejasen conductas asociadas a los criterios de diagnóstico del autismo, junto con aquellos identificados como más propios del autismo femenino. Con todo ello propuso una lista con los temas que surgieron con más frecuencia y resultan especialmente pertinentes para niñas y mujeres con autismo.

En primer lugar, haciendo referencia a las diferencias en la comunicación no verbal, características más visibles y obvias de este trastorno, encontramos que las niñas muestran claras limitaciones en la conducta socioemocional recíproca. A pesar de que presentan mayores habilidades relativas a la reciprocidad que los varones, encontramos diferencias sutiles cuando se las compara con niñas de desarrollo típico (Backer van Ommeren et al., como se citó en Hendrickx, 2024). Otra diferencia es que las niñas realizan más gestos sociales que los varones autistas, pero también cometen más errores al identificar las emociones en los rostros. Estas características pueden ser un indicio de camuflaje o enmascaramiento que da lugar a un mayor riesgo de infradiagnóstico (Rynkiewicz et al., como se citó en Hendrickx, 2024). Por otro lado,

Hendrickx (2024) comenta que las familias de las niñas autistas comentaban que sus hijas, en la primera infancia, “mantenían contacto visual de una manera perceptiblemente distinta”, lo que da lugar a pensar que la niña “está en su mundo” o es una “soñadora”.

En cuanto a la comunicación verbal, la autora confirma que las personas entrevistadas habían empezado a hablar a una edad temprana, desarrollando un vocabulario avanzado, tendiendo al “parloteo constante”. Kopp y Gilberg diferencian la personalidad caracterizada por el aislamiento profundo autista de los varones, de la personalidad de las niñas, más dependientes de los demás, imitando su habla y movimientos sin entender las normas de la interacción social. También se observan preguntas más repetitivas y un uso casi constante del lenguaje, lo cual no es habitual en el perfil típico masculino del autismo (como se citó en Hendrickx, 2024). “Esta verborrea puede parecer social e interactiva, pero, al examinarla detenidamente, resulta pautada, excesivamente formal, aprendida o muy egocéntrica” (Hendrickx, 2024).

La misma autora habla de la gestión de la incertidumbre, ya que las niñas muestran incomodidad o rechazo a los cambios o a no saber con certeza qué va a ocurrir después. En lo relacionado a la experiencia sensorial, se habla de cierto rechazo a los gritos o sonidos fuertes, por ejemplo, así como de cierta obsesión por determinadas preferencias sensoriales. También se habla del hecho de compartir como de algo que no eran conscientes de que otros esperaban que debían hacer, es decir, una acción y norma social difícil de comprender (Hendrickx, 2024).

Por otro lado, se habla de la preferencia por los juegos y los juguetes, ya que las niñas no presentan los mismos intereses rígidos estereotípicos que los niños. En su investigación, Hendrickx (2024) menciona que algunas conductas observadas incluían ver los mismos programas de televisión o películas una y otra vez, sabiéndose los diálogos, o escuchando las mismas canciones constantemente. También se mencionan actividades como la colección y la clasificación de objetos, como los Legos.

En cuanto a los intereses y sus actividades, guardan relación con personas y/o animales, a diferencia de los niños, quienes muestran mayor interés por los objetos. Las niñas muestran preferencias por los juguetes de “hacer” más que por los de simular o imaginar. Esto no quiere decir que no tengan muñecas, sino que puede que estén ordenadas de una manera concreta en lugar de utilizarse para el juego imaginativo. También se habla de la lectura, el juego al aire libre y el juego solitario.

Una de las diferencias más notables entre los niños y las niñas autistas es la capacidad imaginativa y el concepto del juego imaginativo y simbólico. “La falta de interés en la ficción

es uno de los indicadores de algunas herramientas de evaluación del autismo desarrolladas mediante la investigación del perfil masculino. Sin embargo, lo que observamos de manera mayoritaria en las niñas es una identificación anormalmente extrema con los personajes de los libros de ficción, los programas de televisión y a veces las personas a quienes conocen y por las que sienten apego: las niñas de hecho «se convierten» en el personaje” (Hendrickx, 2024, p. 122). Las niñas habitan su mundo imaginario, llegando a recrear escenas, imaginarias o reales, evadiéndose así del estrés de la incompreensión de la vida real.

3. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH)

Escofet et al. (2022) describen el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) como un trastorno del neurodesarrollo prevalente en la edad pediátrica, que llega a afectar en algunos estudios hasta al 7% de los niños en edad escolar y persiste en el 4,5% de los adultos. La presencia de este trastorno puede producir una importante repercusión en el infante tanto a nivel académico como en sus relaciones sociales o a nivel familiar, por lo que es de gran importancia su detección lo antes posible para poder abordarlo tanto desde el ámbito médico como desde el educativo. En términos generales, se produce una alteración de la recaptación presináptica de dopamina y noradrenalina que desequilibra el funcionamiento de los circuitos frontoestriado, mesolímbico o frontocerebeloso. Esta situación desencadena un funcionamiento anómalo de los mecanismos de autocontrol y función ejecutiva de nuestro cerebro, lo cual ocasiona los síntomas que percibimos en el día a día y las manifestaciones clínicas habituales en el TDAH.

En el *DSM-5-TR*, (APA, 2022) se proponen los siguientes criterios diagnósticos:

A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2):

1. *Inatención*: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses:

- a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades.
- b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas.
- c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente.

- d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales.
- e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades.
- f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.
- g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades.
- h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).
- i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas.

2. *Hiperactividad e impulsividad*: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses:

- a. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
- b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado
- c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado.
- d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
- e. Con frecuencia está "ocupado," actuando como si "lo impulsara un motor".
- f. Con frecuencia habla excesivamente.
- g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta.
- h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno.
- i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros

B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.

C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos.

D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.

E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental.

Además de cumplir estos criterios, deberá especificarse si se presentan los síntomas de forma combinada, predominantemente inatenta o predominantemente hiperactiva o impulsiva; reconociéndose como subtipos del propio trastorno.

En un/a niño/a con TDAH de edad preescolar destacan las siguientes características: hiperreactividad; oposicionismo; tendencia a berrinches ligados a desregulación emocional. Este patrón de conducta en edades tan tempranas puede encontrarse ligado a ciertas deficiencias neuropsicológicas y retraso intelectual. Además, tiene mayor prevalencia la predominación hiperactiva o impulsiva ya que a esta edad todavía es difícil evidenciar problemas atencionales.

En el rango de edades escolares se mantienen los diagnósticos que fueron detectados en edades preescolares y se suman los nuevos casos. Los síntomas subclínicos hasta el momento serán exacerbados por las exigencias del entorno, por lo que comienzan los problemas académicos, sociales y dentro del entorno familiar. Podemos encontrar más evidentes síntomas comórbidos de agresividad u oposicionante (Rusca y Cortez, 2020).

En cuanto a la adolescencia, permanecen la mayoría de los diagnósticos detectados anteriormente, especialmente los que presentan problemas de conducta comórbidos. A pesar de que los síntomas asociados a la hiperactividad comienzan a disminuir, la impulsividad y la inatención continúan dificultando la adaptación social en la adolescencia. Esto provoca un mayor riesgo de baja autoestima y distorsión del autoconcepto, posiblemente como consecuencia de disfunción familiar o relaciones sociales disfuncionales. Todo ello conlleva malestar anímico y sentimientos de infravaloración. Es común el bajo rendimiento académico y el riesgo de caer en delincuencia o consumo de sustancias (Soutullo y Mardomingo, 2010).

En cuanto al origen de este trastorno, las investigaciones de Martínez al. (2015) muestran que en el TDAH confluyen tres tipos de alteraciones: cambios en la forma del cerebro, en su actividad y en los mensajeros químicos que usan las neuronas.

Primero, se probó que algunas zonas del cerebro son algo más pequeñas o maduran más despacio que en otros niños sin el trastorno. Esto ocurre sobretodo en la corteza prefrontal, donde se controla la atención, en los ganglios basales y en el cerebelo. Además, otras zonas encargadas de regular las emociones, presentan una corteza más fina, lo cual puede guardar relación con la dificultad para controlar los impulsos.

Segundo, las pruebas funcionales (RMf, PET y SPECT) confirman que, al realizar tareas que exigen concentración, los circuitos que conectan frontal, estriado, parietal y cerebelo se activan menos de lo esperado. También hay menos actividad en las áreas de recompensa, estriado ventral y amígdala; y menos flujo sanguíneo en la corteza frontal y parietal, mientras que la zona motora funciona de más, lo que puede explicar la hiperactividad.

Tercero, el problema químico central implica a dos neurotransmisores: dopamina (DA) y noradrenalina (NA). La corteza prefrontal necesita un nivel justo de ambas sustancias para trabajar bien; una especie de punto óptimo en forma de U invertida.

- Si falta DA o NA (fatiga, aburrimiento) no se estimulan lo suficiente sus receptores principales ($D1$ y $\alpha2A$) y la atención se dispersa.
- Si sobra (estrés o dosis altas de estimulantes) se activan receptores que empeoran la situación ($\alpha1$ y, en exceso, $D1$), con lo que el control ejecutivo vuelve a deteriorarse.

En particular, la DA ayuda a filtrar la información irrelevante y participa en el circuito de recompensa; en el TDAH se ha visto menos disponibilidad de sus receptores $D2/D3$ en núcleos como el caudado, el hipocampo y la amígdala. La NA, por su parte, afina la señal neuronal cuando estimula $\alpha2A$, pero la sobreestimulación de $\alpha1$ o $\beta1$ bajo estrés resulta contraproducente. Otros mensajeros (histamina, acetilcolina, serotonina) podrían modular este equilibrio, aunque su papel aún no está claro.

En conjunto, la combinación de una maduración cerebral más lenta, una activación funcional ineficiente y un desequilibrio DA-NA ayuda a explicar los síntomas principales del TDAH (falta de atención, impulsividad e hiperactividad) y orienta tanto el diagnóstico como las intervenciones terapéuticas.

3.1. TDAH en niñas

El Instituto Nacional de Salud Mental Estadounidense señaló que el TDAH afecta de diferente forma a hombres y mujeres. De este modo, las niñas pueden tener mayor probabilidad de tener síntomas de inatención, a diferencia de los niños, en quienes predominan la hiperactividad o la impulsividad y los comportamientos disruptivos. Además, las niñas con TDAH comparadas con las niñas sin diagnóstico presentan índices significativamente más altos en problemas de comportamiento, aunque con índices más bajos que en varones. Las niñas exhiben niveles más altos en variaciones del humor y ansiedad que en niños, además de un mayor riesgo de dependencia del alcohol y droga (como se citó en Valdizán et al., 2007).

Kathleen et al. proponen los siguientes modelos fenotípicos del Trastorno de Déficit de Atención en niñas.

El modelo tímido se caracteriza por niñas que pueden parecer menos atentas y más tímidas que hiperactivas o impulsivas. Tienden a reaccionar aislándose de su entorno por lo que su inatención en el aula puede pasar desapercibida para los profesores, ya que evitan llamar la atención demasiado. Aunque parezcan estar atentas, sus pensamientos se encuentran en otro lugar. Necesitan que alguien esté con ellas para terminar las tareas. Pueden sentarse al fondo de clase prefiriendo mirar o jugar solas. No son niñas que creen problemas y son más brillantes de lo que parecen.

El modelo hipersociable resulta de una combinación de las características de las niñas hiperactivas y las inatentas. Estas niñas suelen hablar velozmente sobre cualquier cosa, lo que puede llevar a que sean vistas como altamente sociables, si bien su comportamiento puede causarles conflictos con los demás. Cambian de tema con frecuencia e interrumpen para llamar la atención del resto. Su discurso constante puede resultar abrumador o agobiante para padres, docentes o compañeros/as, por lo que pueden tener dificultades para tener conversaciones con amistades debido a su poca capacidad de escucha. En el contexto escolar, tienden a distraer a otros estudiantes y a mostrar dificultades para centrar su atención en la tarea.

El modelo hiperactivo es el más fácilmente identificable, ya que se asemeja al perfil tradicional de un niño con TDAH. Estas niñas manifiestan conductas hiperactivas, impulsivas y en algunos casos, comportamientos de riesgo o peligrosos desde edades tempranas.

Finalmente, el perfil de la niña cambiante, que combina inatención e impulsividad, es el menos frecuente. Se caracteriza principalmente por frustración e inflexibilidad, siendo etiquetadas con frecuencia como disfóricas. Estas niñas suelen mostrarse insatisfechas de forma constante, pueden ser inflexibles la mayor parte del tiempo y presentar rabietas frecuentes. En la adultez, pueden ser percibidas como personas emocionalmente alteradas (como se citó en Valdizán et al., 2007).

4. COMORBILIDAD O INTERRELACIÓN ENTRE TDAH Y TEA

La coexistencia del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y los Trastornos del Espectro Autista (TEA) representa un reto diagnóstico significativo, especialmente en la infancia. Ambos trastornos comparten una serie de características conductuales, lo que complica la identificación temprana y la intervención adecuada. Esta

interrelación resulta aún más compleja en el caso de las niñas, que suelen mostrar un patrón más sutil de síntomas, lo que contribuye al enmascaramiento de las dificultades y puede retrasar la intervención adecuada.

La comorbilidad entre ambos trastornos ha sido estudiada en diferentes ocasiones, y aunque se hayan obtenido diversos resultados, se reconoce que existe cierta comorbilidad. Según Rico y Tárraga (2016), las tasas de comorbilidad pueden ser diferentes dependiendo de la edad de la muestra, el contexto y los instrumentos de diagnóstico empleados. En algunos estudios (Lee y Ousley, 2006) se encuentra una prevalencia de hasta el 78% de comorbilidad entre los dos trastornos, mientras que otros (Turygin et al., 2013) encontraron tasas mucho más bajas, con una comorbilidad de menos del 5%, especialmente en niños de pequeños. Esta variabilidad puede explicarse por la heterogeneidad de los criterios diagnósticos y la metodología utilizada para la identificación de cada trastorno.

Autores como Antshel y Russo (2019) resaltan que, a pesar de que se desaconsejaba el doble diagnóstico de TEA y TDAH en versiones anteriores del DSM, en las últimas ediciones se ha incluido la comorbilidad de ambos trastornos, lo que permite una mejor comprensión de los casos en los que coexiste sintomatología. Esta revisión de criterios permite que los profesionales atiendan con mayor precisión las necesidades del alumnado que presenta características de los dos trastornos.

Uno de los aspectos más complejos de la comorbilidad entre ambos trastornos es el hecho de que se solapen los síntomas, es decir, encontramos síntomas que podrían corresponder a los dos trastornos, con lo cual puede dificultar la detección de los rasgos más distintivos de cada trastorno. Los dos trastornos incluyen problemas atencionales, impulsividad y dificultades en la regulación emocional, aunque con diferentes orígenes. Concretamente, en el caso del TDAH, la inatención y la impulsividad vienen de un déficit en la capacidad de autorregulación, lo que impide que se completen las tareas, se sigan las órdenes y encontremos problemas en la atención sostenida.

Por otro lado, en el TEA, la inatención también puede manifestarse, pero generalmente está vinculada a los intereses restringidos y las dificultades para cambiar de foco atencional. Los niños con TEA tienden a concentrarse en actividades muy específicas o en detalles, lo que puede hacer que parezcan distraídos, pero su atención se dirige hacia objetos o temas de su interés más que a las demandas del entorno social o escolar. Además, la rigidez cognitiva característica del TEA, que se refiere a la dificultad para adaptarse a cambios y la preferencia

por rutinas estrictas, se solapa con la impulsividad observada en el TDAH, donde la falta de control sobre las respuestas ante estímulos puede parecerse a la inflexibilidad propia del TEA (Antshel y Russo, 2019).

Además, en ambos trastornos encontramos dificultades sociales. Por un lado, los niños con TDAH suelen presentar dificultades para interactuar con los demás debido a su impulsividad y problemas para leer las señales sociales. En las conversaciones, pueden interrumpir a otros, no esperar su turno o no reconocer las normas sociales en diferentes contextos. Por su parte, los niños con TEA muestran dificultades más intensas en las interacciones sociales, esto se debe a las deficiencias en la teoría de la mente y en la comprensión de las normas sociales (Rico y Tárraga, 2016). Este solapamiento de síntomas referentes a la interacción social podría llevar a que los profesionales de la educación y la salud no reconozcan con claridad las dificultades de los niños que presentan ambos trastornos, impidiendo la aplicación de estrategias de intervención adecuadas.

Por todo ello, el diagnóstico diferencial de TDAH y TEA es especialmente complicado, ya que el solapamiento de síntomas dificulta su detección. Los mismos autores (Antshel y Russo, 2019; Rico y Tárraga, 2016) proponen que los profesionales deberían realizar una evaluación cuidadosa que considerase las características individuales de cada trastorno. Por ejemplo, la inatención e impulsividad de los niños con TDAH podrían confundirse con la falta de flexibilidad atencional de los niños con TEA, lo cual dificulta la identificación correcta de cada trastorno. Otro ejemplo serían los comportamientos repetitivos estereotípicos del TEA se podrían interpretar como impulsividad en los niños con TDAH, lo que también podría llevar a un diagnóstico erróneo.

Finalmente, Antshel y Russo (2019) proponen que la evaluación de la comorbilidad entre ambos trastornos debería incluir una historia clínica detallada, teniendo en cuenta entrevistas estructuradas con las familias y maestros, así como el uso de herramientas diagnósticas que contemplen ambos trastornos de forma simultánea. Apoyándonos en una evaluación exhaustiva se podría llegar a una detección precisa de la sintomatología de cada trastorno, proporcionando una respuesta terapéutica adecuada.

4.1. Solapamiento de síntomas en niñas

Teniendo en cuenta los síntomas expuestos anteriormente tanto de TEA como de TDAH en la población femenina. Podemos concluir que en la manifestación de ambos trastornos coexisten síntomas característicos de las niñas.

Uno de los síntomas comunes es la inatención en el aula. En el caso del TDAH, esta puede pasar desapercibida porque las niñas tienden a evitar llamar la atención, mientras que, en el TEA, la aparente distracción suele deberse a una atención centrada en intereses específicos. También es compartida la tendencia al aislamiento o al juego solitario. Las niñas con TDAH, especialmente en el modelo tímido, prefieren mirar o jugar solas, y en el caso del TEA, el juego solitario constituye una forma habitual de interacción.

Otro aspecto común es la verborrea o lenguaje constante. En el TDAH, aparece en el modelo hipersociable como un habla continua y rápida sobre cualquier tema; en el TEA, aunque el lenguaje es igualmente constante, presenta un carácter más pautado, formal o egocéntrico. Ambas condiciones también muestran dificultades para conservar amistades: en el TDAH, esto se relaciona con la impulsividad y la escasa capacidad de escucha, mientras que, en el TEA, se debe a una comprensión limitada de las normas sociales y a dificultades en la reciprocidad socioemocional.

Haciendo referencia a la frustración e inflexibilidad emocional, vemos como en la niña cambiante con TDAH se experimenta una insatisfacción frecuente y en el TEA se expresa como rechazo a las situaciones nuevas. Asimismo, encontramos una preferencia por la rutina o patrones que se repiten, en el TDAH se ve como aislamiento o la necesidad de acompañamiento para realizar las tareas, en el TEA, como conductas repetitivas, que pueden ser ver los mismos programas de televisión o escuchar las mismas canciones de forma repetida.

Otra característica común sería la sensación de permanecer en “su mundo” o parecer “soñadora”, que en el TDAH se ve cuando parece que sus pensamientos se encuentran en otro lugar, y en el TEA se refuerza con la dificultad para el contacto visual. Finalmente, ambos trastornos suponen cierta ansiedad o hipervigilancia emocional, generando respuestas emocionales intensas.

5. DIFERENCIAS NEUROBIOLÓGICAS ENTRE SEXOS EN LA INFANCIA

Podemos resumir las etapas del desarrollo del cerebro en estas cuatro: proliferación neuronal, migración, organización y laminación del cerebro, y mielinización. A través de este proceso se da origen a los cien mil millones de neuronas que posee el cerebro adulto. Todas las neuronas del cerebro inmaduro deberán desplazarse a su lugar final en la corteza durante un proceso llamado migración. Dicho proceso se da de dentro hacia fuera, es decir, desde la parte más profunda del cerebro hasta la corteza o borde externo. Se trata de un momento muy preciso que

cobra su mayor importancia en el segundo trimestre del embarazo. El cerebro sufre un aumento de peso y volumen después de que termine la fase de proliferación, ya que aparecen millones de conexiones sinápticas entre las neuronas y estas se arborizan como resultado de la aparición de las dendritas. El último proceso es la mielinización, en el que los axones de las neuronas se recubren de mielina para mejorar la velocidad de transmisión de los impulsos nerviosos. Este proceso inicia en el nacimiento, pero puede verse afectado en los primeros meses de vida (Medina et al., 2015).

La estructura general del cerebro se ha completado al nacer, sin embargo, el cerebro continúa su desarrollo post natal temprano. Al año de nacer, el cerebro triplica su peso debido al aumento del tamaño de las neuronas a través del aumento del citoplasma, la proliferación de la glía, sinaptogénesis y aumento de la vascularización cerebral. Antes de los seis años de edad, el peso cerebral habrá adquirido el 90% de su volumen adulto (Förster y López, 2022).

En los primeros años de vida, especialmente en la etapa preescolar, el cerebro sufre cambios progresivos, de crecimiento, expansión y formación de conexiones neuronales (Brown y Jernigan, 2012). Este crecimiento y cambio progresivo se ve ligado a la plasticidad cerebral, entendida como la capacidad de nuestro sistema nervioso para adaptarse a las demandas del entorno, tanto estructural como funcionalmente (Von Bernhardi, Bernhardi, y Eugénin, 2017).

Según Förster y López (2022), la plasticidad cerebral, lejos de ser un proceso pasivo, se trata de un proceso activo y constante, y se halla en la base misma del desarrollo neurológico desde etapas muy tempranas de la vida. La experiencia y el entorno generan cambios sinápticos, como brotes axónicos; neuroquímicos, como variaciones en la liberación de neurotransmisores; y metabólicos, como el uso de oxígeno y glucosa. La plasticidad cerebral se ve modulada por factores tanto genéticos como ambientales, y depende del momento del desarrollo en el que se produzca la estimulación. Se trata de un proceso madurativo y secuencial que guía la aparición de los hitos del desarrollo, como el gateo o la adquisición del lenguaje. Estos hitos siguen un orden lógico y jerárquico que permiten al niño/a construir progresivamente su adaptación al entorno. Cada uno de ellos actúa como un andamiaje sobre el que se apoya el siguiente, en un proceso de construcción activa que se enriquece gracias a la interacción social y el entorno afectivo. Uno de los aspectos más relevantes de la plasticidad cerebral es que puede ser tanto adaptativa como desadaptativa. Cuando los mecanismos de autorregulación funcionan de manera adecuada, el individuo puede desarrollar cierta resiliencia, es decir, una capacidad de adaptación positiva frente a las experiencias adversas, de modo que utilice esas vivencias como

motor del crecimiento personal. Sin embargo, cuando estos mecanismos fallan, la plasticidad podría derivar en trayectorias de desarrollo atípicas.

Los mismos autores plantean la idea de que la alteración en los procesos de plasticidad cerebral podría afectar a la aparición de numerosos trastornos del neurodesarrollo, como podrían ser el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) o el Trastorno del espectro autista (TEA). Entender que existe una relación entre plasticidad y neurodiversidad resulta esencial en la etapa de Educación Infantil, ya que refuerza la necesidad de detectar cuanto antes las dificultades o necesidades dejando a un lado la idea de que todo el alumnado sigue la misma trayectoria. Desde un punto de vista más general, se ha propuesto que estas trayectorias diversas deban verse como manifestaciones naturales de la diversidad neurológica, y no necesariamente como patologías, reconociendo que la diversidad de la plasticidad cerebral es una fuente de diversidad más que un error en el desarrollo humano.

Para comprender de forma óptima aspectos fundamentales en la infancia como el desarrollo cognitivo, emocional o conductual, no debemos dejar atrás el análisis de las diferencias neurobiológicas entre sexos. Sin embargo, buena parte de las afirmaciones que se han sostenido tradicionalmente sobre “cerebros masculinos y femeninos” han estado influenciadas por estereotipos y sesgos culturales antes que por evidencia empírica concluyente.

Según Förster y López (2022), la diferenciación cerebral entre sexos ha sido identificada en todos los niveles de organización neurológica: morfológico, neuroquímico y funcional. Esta diferenciación está regulada, en gran parte, por las diferencias hormonales que se dan en el desarrollo prenatal y perinatal, especialmente por los niveles de testosterona, una hormona esteroidea gonadal. Este factor hormonal cumple un papel clave en la organización estructural del cerebro en función del sexo biológico. Los estudios de neuroimagen, particularmente aquellos realizados mediante resonancia magnética, han puesto de manifiesto que el cerebro humano muestra diferencias significativas en el ritmo de desarrollo entre niños y niñas. En términos generales, el cerebro femenino alcanza su volumen total aproximadamente a los 11 años, mientras que el cerebro masculino continúa su desarrollo hasta alrededor de los 15 años.

También encontramos diferencias anatómicas específicas en el cerebro adulto, como el volumen de la corteza cerebral, el cual es mayor en unas zonas en las mujeres y en otras en los hombres. Estas zonas están implicadas en las funciones ejecutivas, la toma de decisiones y la regulación emocional, lo que podría explicar las diferencias en patrones conductuales o cognitivos. Por otro lado, las niñas alcanzan la madurez de su desarrollo motor antes que los

niños, lo que implica una coordinación más precisa de los movimientos. Estas diferencias podrían explicar porqué algunos trastornos se detectan con mayor frecuencia en niños que en niñas.

En el plano emocional, existen diferencias en regiones como la amígdala (mayor en hombres) y el hipocampo (mayor en mujeres), que generan patrones hemisféricos opuestos en la respuesta a estímulos emocionales. Los hombres tienden a recordar eventos perturbadores de forma global, mientras que las mujeres retienen detalles específicos (Cahill, como se citó en Arenas y Puigcerver, 2009).

También se ha observado que el sistema serotoninérgico está modulado por el sexo: los varones producen un 52% más serotonina, y el estrés temprano afecta de forma opuesta la densidad de receptores serotoninérgicos en machos y hembras. Estas diferencias, junto con el efecto ansiolítico de la progesterona sobre receptores GABA A, podrían explicar las variaciones en la comorbilidad con ansiedad entre sexos (Altemus y Epstein, como se citó en Arenas y Puigcerver, 2009).

Las hormonas gonadales continúan modulando el sistema nervioso tras el nacimiento. El estradiol tiene efectos neuroprotectores y puede suprimir la respuesta del eje HPA (hipotálamo-hipófisis-adrenal), mientras que la testosterona y la progesterona también intervienen en su regulación. La interacción entre el eje HPA y el HPG (hipotálamo-hipófisis-gónadas) puede contribuir a la mayor prevalencia femenina de trastornos de ansiedad, lo cual también modula la expresión clínica del TDAH y el TEA. Los varones muestran una mayor activación del eje HPA frente al estrés agudo, mientras que las mujeres presentan niveles de cortisol más bajos entre la pubertad y la menopausia, con un aumento posterior (Kudielka y Kirschbaum, como se citó en Arenas y Puigcerver, 2009). Estas diferencias endocrinas pueden influir en el tipo y la intensidad de los síntomas entre niños y niñas.

Finalmente, la investigación neurocientífica ha tenido más en cuenta el estudio en hombres, dejando a un lado las fluctuaciones hormonales propias de las mujeres, a pesar de que no aumentan la variabilidad experimental (Hughes, como se citó en Arenas y Puigcerver, 2009). Esto podría haber limitado la comprensión de los diferentes factores de riesgo según el sexo, y podría evidenciar la necesidad de llevar a cabo estudios que consideren estas diferencias para mejorar el diagnóstico y la intervención en algunos trastornos del neurodesarrollo.

Más allá de las diferencias estructurales y hormonales previamente expuestas, también se han identificado variaciones entre sexos en la actividad de sistemas neuroquímicos clave como el

dopaminérgico y el noradrenérgico, fundamentales en la modulación de procesos atencionales y de autorregulación.

Numerosos estudios han demostrado que existen patrones diferentes de liberación y sensibilidad a la dopamina entre hombres y mujeres, lo cual podría afectar a la regulación de la motivación, la atención y el control de los impulsos (Becker, Perry y Westenbroek, 2012). En el caso del sistema noradregérgico, se han encontrado diferencias entre hombres y mujeres en la respuesta al estrés y en la liberación de la noradrenalina. Estas diferencias podrían influir en la capacidad que tenemos de mantener la atención y en la regulación emocional (Bangassr y Wiersielis, 2018). Además, haciendo referencia a las funciones ejecutivas, es decir, la planificación, la memoria de trabajo o la inhibición de respuestas, encontramos un desarrollo o ritmo madurativo más acelerado en las niñas (Kaczurkin et al., 20189). Estas diferencias en los neurotransmisores y la maduración del sistema nervioso reflejan una base biológica para dar respuesta a las diferencias en el funcionamiento cognitivo y emocional entre niños y niñas.

6. LA INFLUENCIA DEL GÉNERO EN LA SOCIALIZACIÓN INFANTIL

6.1. Género como construcción social

Si le preguntamos a una Inteligencia Artificial, como ChatGPT, acerca de qué es un hombre o una mujer nos proporciona tres respuestas diferentes, describiendo a cada género de forma biológica, cultural y filosófica, ateniendo a términos como la identidad de género (OpenAI, comunicación personal, 2 de abril de 2025). Esto nos da a entender que el género de una persona no se define por un criterio único, sino que tenemos que tener en cuenta otros puntos de vista. La palabra *sexo* es definida como “condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas” (Real Academia Española, 2025). Sin embargo, la palabra *género* se define como “Grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido este desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico” (RAE, 2025).

A través de estas definiciones, podemos concluir que además de los factores biológicos y neurológicos que influyen en el desarrollo infantil, es fundamental considerar el papel que desempeña la socialización en la forma en que niños y niñas construyen su identidad, regulan sus emociones y se relacionan con el entorno.

6.2. Socialización de género en la infancia: emociones, normas y expectativas

Desde edades muy tempranas, el género no solo se impone como categoría biológica, sino que se construye social y culturalmente a través de las expectativas, normas y modelos que transmiten las familias, el entorno escolar y los medios de comunicación.

Contreras y Flores (2022) asumen que el género no es una categoría natural, sino una construcción simbólica e histórica que organiza la vida social y estructura las relaciones entre los sujetos. Por ello, existe una socialización de género, proceso sociocultural mediante el cual las personas interiorizan desde la infancia una serie de normas, roles, valores y expectativas asociadas al hecho de ser leídas como “niñas” o “niños”. Lejos de ser una consecuencia directa de diferencias biológicas, esta construcción es el resultado de prácticas históricas, simbólicas y educativas que reproducen jerarquías de género y determinan, de forma desigual, el comportamiento, las emociones y las oportunidades de desarrollo de cada persona. Este proceso se activa desde edades muy tempranas y se transmite a través de múltiples agentes: la familia, la escuela, los juguetes, los medios de comunicación y la propia interacción social. En el contexto educativo, esta socialización influye tanto en los juegos que se promueven como en los espacios que se ofrecen o las responsabilidades que se asignan, contribuyendo a reforzar patrones de feminidad y masculinidad normativos. Como señalan González y Rodríguez (2020), “desde edades muy tempranas, el entorno escolar promueve formas diferenciadas de comportamiento según el sexo del alumnado, lo que contribuye a la construcción de identidades de género normativas”.

Desde edades muy tempranas, los niños y niñas aprenden a comportarse en base a las normas del entorno, pero también aprenden a expresar o reprimir sus emociones en función de los roles de género socialmente asignados. Esto podría responder a las diferentes formas de moldeación y refuerzo que reciben los niños y las niñas impuestas por la sociedad

En contextos educativos y familiares, las niñas suelen ser incentivadas a mostrarse afectuosas, empáticas y calmadas, mientras que en los niños se tolera en mayor medida la impulsividad, la extraversión o la dominancia. Tal como advierten Contreras y Flores (2022), los estereotipos de género siguen atribuyendo a las niñas “la afectividad, la maternidad, el cuidado y el cuerpo como objeto estético”, lo que limita sus formas de expresión y autonomía emocional. Esta visión esencialista promueve la idea de que la emotividad y la contención son “naturales” en ellas, cuando en realidad responden a un proceso aprendido y reforzado socialmente.

Por su parte, los niños son socializados bajo “expectativas asociadas al liderazgo, la fuerza o la acción, lo que puede limitar la expresión de otras dimensiones emocionales como la sensibilidad o la cooperación” (Contreras y Flores, 2022). La literatura apunta a que las diferencias de género en la socialización emocional pueden generar patrones diferenciados en la expresión del malestar, favoreciendo en las niñas formas más internalizadas como la ansiedad (Sánchez et al., 2006). Esta diferencia repercute de forma directa en cómo se interpretan las conductas de ambos desde el ámbito educativo.

En este sentido, González y Rodríguez (2020) destacan que estas expectativas condicionan incluso las interacciones más cotidianas del aula: “los estereotipos de género se manifiestan en el uso del lenguaje, en las expresiones emocionales y en la distribución del espacio y los materiales”, reforzando modelos tradicionales de feminidad y masculinidad.

Las diferencias en la socialización emocional de niños y niñas se ven reflejadas, en la vida adulta, en la forma en que se manifiestan y gestionan la ansiedad, el malestar o la autoestima. Tal como señala Sánchez et al. (2006), las mujeres tienden a presentar mayores niveles de ansiedad fisiológica, cognitiva y total, así como una percepción de salud física más baja en comparación con los varones. Estas diferencias no solo reflejan condiciones biológicas, sino que están mediadas por expectativas sociales interiorizadas desde la infancia, donde a las mujeres se les exige mayor control emocional y menor expresión de impulsividad, lo que favorece formas de internalización del malestar difíciles de identificar en contextos como el escolar. Los resultados del estudio también sugieren que, en el caso de las mujeres, su salud física está más estrechamente ligada a variables psicológicas como la ansiedad, mientras que en los varones, estas relaciones son menos pronunciadas. Esto podría tener implicaciones en la detección de dificultades en etapas tempranas, ya que aquellas niñas que camuflan su malestar en formas “socialmente aceptadas” pueden pasar desapercibidas ante los ojos del profesorado o las familias.

6.3. Juego, lenguaje y relaciones sociales como espacios de construcción de género

A continuación, exploramos cómo el juego, el lenguaje y las relaciones sociales actúan como espacios decisivos en la construcción de las identidades de género. El juego libre y dirigido constituye uno de los primeros escenarios en que se construyen y reproducen los estereotipos de género, puesto que se trata de sus primeras formas de socialización. En las aulas de Educación Infantil, las niñas tienden a preferir espacios vinculados al juego simbólico, como

lo son la casita o el rincón de los disfraces, donde ensayan roles de cuidado y cooperación, mientras que los niños eligen con más frecuencia el rincón de las construcciones o las actividades motrices, que refuerzan la independencia y la asunción de riesgos (González y Rodríguez, 2020).

Estas preferencias lúdicas no solo reflejan estereotipos preexistentes, sino que los refuerzan mediante la interacción diaria. Al jugar en espacios diferenciados, ambos grupos desarrollan destrezas distintas, las niñas desarrollan empatía y lenguaje narrativo, mientras que los niños, coordinación visomotriz y resolución de problemas; y reciben refuerzos verbales y no verbales acordes con su rol de género (Sánchez et al., 2006).

El lenguaje utilizado en el aula también se adapta a estas dinámicas. Contreras y Flores (2022) señalan que las prácticas educativas no sesgadas deben incluir vocabulario inclusivo y evitar asignar tareas o características según el sexo; sin embargo, con frecuencia las educadoras dirigen preguntas más retadoras a los niños y atribuyen a las niñas tareas de ayuda o reparto de materiales (González y Rodríguez, 2020).

Por último, las relaciones sociales que emergen en estos contextos suelen obedecer a las mismas divisiones: los niños forman grupos jerárquicos en los que valoran la asertividad y la competencia, mientras que las niñas crean redes más igualitarias, basadas en el consenso y la colaboración (Contreras y Flores, 2022). Así, el juego, el lenguaje y las interacciones diarias actúan como agentes educativos informales que moldean, desde los primeros años, las identidades de género y las expectativas conductuales que luego influirán en ámbitos tan diversos como el aprendizaje académico o la detección de necesidades educativas.

Este proceso de socialización temprana no solo condiciona las oportunidades de juego, expresión emocional o estilos de comunicación, sino que también modula la forma en que se manifiestan, o se ocultan, ciertos comportamientos asociados a los trastornos del neurodesarrollo. Como resultado, las niñas pueden aprender desde edades tempranas a camuflar dificultades atencionales o emocionales mediante conductas de retraimiento, complacencia o imitación de modelos socialmente aceptados, lo que dificulta su detección precoz en el contexto escolar. Por el contrario, los niños, al mostrar con mayor frecuencia actitudes más visibles o disruptivas, tienden a ser identificados y derivados antes, lo que genera una diferencia significativa en la respuesta educativa que cada uno recibe.

7. ENMASCARAMIENTO O MASKING

En la naturaleza existen diversas adaptaciones, una de ellas es el camuflaje, una de las formas de defensa generalizada anti-depredadores que previene que la presa sea detectada por su cazador (Skelhorn y Rowe C, como se citó en Martínez, 2023). Esto también sucede en los seres humanos, que se camuflan de posibles amenazas sociales, ocurriendo así con personas de desarrollo neurotípico y con quienes presentan condiciones del neurodesarrollo como TEA y/o TDAH.

Muchas personas experimentan un estigma que podría conducirlos a suprimir aspectos de su identidad (Miller et. al., como se citó en Martínez, 2023) de modo que eviten juicios sociales (Bernardin CJ, et. al., como se citó en Martínez, 2023). En el contexto de la neurodivergencia, el camuflaje recibe el nombre de *masking* en el caso del autismo y *mirroring* en el TDAH (APA, como se citó en Martínez, 2023).

Entendemos por enmascaramiento autista a la consciente o inconsciente supresión de respuestas naturales, adoptando alternativas en una variedad de dominios que incluyen la interacción social, la experiencia sensorial, la cognición, el movimiento y el comportamiento, como las expresiones, el sentido de la vestimenta o el habla (Pearson y Rose, 2021). Por otro lado, Martínez (2023) afirma que el *mirroring* describe cómo actúa una persona cuando intenta sobrellevar los síntomas del TDAH. Algunas personas intentan enmascararlo para evitar el estigma social que pueden causar sus síntomas y otras personas enmascaran el TDAH que no está diagnosticado. Es posible que no se den cuenta de su presencia y enmascaren sus síntomas para sobrellevar la situación. Es importante aclarar que enmascarar los síntomas no es lo mismo que controlar el trastorno, ya que implica ocultar la sintomatología o compensarla en exceso. Algunas personas observan e imitan el comportamiento de los demás, lo que podría ser una forma de ganar aceptación social y sentirse conectado con otras personas, limitando sus comportamientos naturales y reemplazándolos con alternativas socialmente aceptadas.

El tiempo invertido en el camuflaje social parece ser uno de los factores más perjudiciales para la salud mental de las personas autistas. Esta conducta se relaciona principalmente con la escasa conciencia y aceptación del autismo por parte de la sociedad, lo cual impulsa a quienes lo padecen a ocultar o disimular sus rasgos. A corto plazo, este esfuerzo constante puede derivar en un agotamiento extremo y elevados niveles de ansiedad. Aunque el camuflaje logra en muchas ocasiones sus objetivos inmediatos de integración social, en el largo plazo se asocia con consecuencias negativas significativas, como un deterioro de la salud mental, una

disminución de la autoestima, una percepción negativa de uno mismo y una limitación en el acceso a apoyos adecuados (Hull et al., como se citó en Martínez, 2023).

De forma paralela, también se han identificado desventajas asociadas al enmascaramiento en personas con TDAH. El esfuerzo por ocultar síntomas no tratados o no diagnosticados puede generar niveles elevados de estrés, contribuyendo al desarrollo de ansiedad y depresión, de manera similar a lo observado en individuos con autismo (Hull et al., como se citó en Martínez, 2023).

El fenómeno del camuflaje se presenta en mayor frecuencia en mujeres, como conjunto de estrategias y habilidades de autocontrol que serían utilizadas por mujeres que son más conscientes de sus síntomas. Las mujeres con TDAH pueden desarrollar mejores estrategias de afrontamiento que los hombres para compensar sus dificultades, como trabajar de formas más constante para mantener el rendimiento en el aula. Como resultado, pueden mitigar o enmascarar mejor el impacto de sus dificultades (Quinn y Madhoo, como se citó en Martínez, 2023). Además, las mujeres tienden a tener más trastornos internalizantes como la ansiedad (Hinshaw et al., como se citó en Martínez, 2023) por lo que es posible que no externalicen los síntomas del mismo modo que los hombres.

Rico y Tárraga (2016) explican que las niñas con TEA tienden a emplear estrategias de camuflaje social para encajar mejor en los entornos escolares y familiares. Estas estrategias incluyen la imitación de comportamientos de sus compañeros o la ocultación de sus intereses restringidos, lo que hace que sus dificultades pasen desapercibidas hasta que los problemas sociales y académicos se vuelven más pronunciados. Este enmascaramiento no solo retrasa el diagnóstico, sino que también limita el acceso a intervenciones tempranas, cruciales para un mejor pronóstico a largo plazo. En el caso particular de las niñas, el enmascaramiento puede generar un estrés emocional considerable, ya que deben esforzarse intensamente para cumplir con las expectativas sociales y académicas. Este sobreesfuerzo puede derivar en la aparición de trastornos coocurrentes como la ansiedad o la depresión. Por ello, resulta fundamental que los profesionales de la salud y la educación adopten un enfoque diagnóstico sensible al género, reconociendo que las manifestaciones clínicas del TEA y el TDAH pueden presentarse de forma más sutil y menos evidente en niñas (Martínez, 2023).

8. SESGOS DE GÉNERO EN EL DIAGNÓSTICO

Diversos estudios han evidenciado que las niñas tienen menos probabilidades de recibir un diagnóstico de autismo o TDAH que los niños, a pesar de presentar indicadores clínicos similares (Giarelli et al., 2010; Russell et al., 2011, como se citó en Hendrickx, 2024). Cuando se aplican los métodos diagnósticos actuales, algunas niñas pueden parecer que presentan menos síntomas, o menos acentuados, aunque esto no signifique que sus experiencias subjetivas sean menos significativas (Lai et al., 2011, como se citó en Hendrickx, 2024).

Aunque tanto los niños como las niñas suelen ser evaluados a edades similares, los niños son más propensos a recibir un diagnóstico de TEA, mientras que las niñas pueden recibir diagnósticos alternativos, como por ejemplo retraso del desarrollo u otros trastornos neurológicos, a pesar de presentar síntomas propios del autismo. Concretamente, se han observado diagnósticos más frecuentes de enfermedades convulsivas o episodios catatónicos, incluso cuando la sintomatología coincide con la del Trastorno del Espectro Autista (Giarelli et al., 2010, como se citó en Hendrickx, 2024).

Por otro lado, en el caso del TDAH, los criterios diagnósticos, tradicionalmente, se han centrado en manifestaciones más comunes en niños, como son la hiperactividad física o los comportamientos disruptivos o desafiantes, mientras que los síntomas más frecuentes en las niñas, como son la impulsividad verbal o la inatención, han sido menos representados. Esto se une a que las niñas suelen presentar conductas problemáticas a edades más avanzadas, intensificando su sintomatología en momentos de transición vital que impliquen grandes cambios, como el paso al instituto, la universidad o la maternidad (Hinshaw et al., 2022).

Los profesionales pueden interpretar de forma diferente los mismos comportamientos según el género. Algunas conductas atribuidas al TEA en niños pueden ser interpretadas como ansiedad, timidez o inmadurez en niñas (McCarthy et al., 2012; Rui-grok et al., 2014, como se citó en Hendrickx, 2024). Asimismo, se ha observado que se espera que niños y niñas autistas presenten los mismos perfiles de comportamiento, a pesar de las diferencias en la socialización típica por género (McCarthy et al., 2012, como se citó en Hendrickx, 2024).

Un estudio de Head, McGillivay y Stokes (2014, como se citó en Hendrickx, 2024) comparó las habilidades sociales y emocionales de adolescentes con y sin autismo. Las niñas autistas obtuvieron puntuaciones superiores a los niños autistas y similares a las de niños neurotípicos, pero inferiores a las de niñas neurotípicas. Esto puede influir en que los profesionales no consideren sus dificultades sociales como lo suficientemente significativas para un diagnóstico.

El diagnóstico en niñas también se ve influenciado por el tipo de evaluación que se lleva a cabo. En la infancia, se basa principalmente en informes de padres y docentes, quienes puede que no perciban síntomas internalizados si no se ven con claridad. En la edad adulta, el diagnóstico suele llevarse a cabo a base de cuestionarios o relatos propios, en los que las mujeres son más propensas a expresar sus dificultades con mayor claridad (Hinshaw et al., 2021).

El fenómeno del enmascaramiento social o camuflaje es común en niñas tanto con TEA como con TDAH, quienes desarrollan estrategias para ocultar su sintomatología, como por ejemplo imitar comportamientos de otros para sentirse socialmente aceptadas. Este hecho podría dificultar el reconocimiento y la detección de estos trastornos, especialmente en los casos que existe comorbilidad entre ambos, donde los síntomas pueden confundirse o minimizarse (Antshel y Russo, 2019). El enmascaramiento tiende a dejar de cumplir su función con el paso del tiempo, provocando mayor riesgo de agotamiento emocional o malestar psicológico. La familiarización de los profesionales con el fenómeno del enmascaramiento podría mejorar los procesos diagnósticos, especialmente en mujeres. Una intervención adecuada y un entorno más comprensivo podrían reducir la necesidad de camuflar los síntomas (Alaghband-rad et al., 2023, como se citó en Martínez, 2023).

Las diferencias en los intereses también contribuyen a la invisibilidad diagnóstica. Knickmeyer, Wheelwright y Baron-Cohen (2008, como se citó en Hendrickx, 2024) observaron que las niñas autistas no mostraban preferencia por juguetes típicamente femeninos, apoyando la hipótesis de masculinización. Sin embargo, otros intereses considerados socialmente aceptables en niñas, como el arte o los animales, pueden no ser percibidos como restringidos o repetitivos, por lo que pasan desapercibidos (Simone, como se citó en Hendrickx, 2024).

Brunetto y Vargas (2023) destacan la falta de una perspectiva de género en el ámbito del autismo, ya que señalan que la creencia de que existen más niños con TEA que niñas refuerza su invisibilización y fomenta los diagnósticos erróneos. Esta percepción se apoya en datos y estudios elaborados a partir de muestras, en su mayoría, masculinas, condicionando la investigación y los criterios diagnósticos resultantes. Estos autores también subrayan la exclusión histórica que ha habido de las mujeres en los estudios científicos, reforzando modelos clínicos centrados en hombres.

Finalmente, Hendrickx (2024) plantea que, aunque el número de mujeres autistas diagnosticadas sea menor al de hombres, son muchas las autoras mujeres que hablan sobre autismo, lo que podría tener relación con la tendencia natural de las mujeres a querer comunicar sus vivencias y expresarse.

9. ESCUELA COMO AGENTE EN LA DETECCIÓN E INTERVENCIÓN

Las escuelas, concretamente en los niveles de Educación Infantil, son uno de los primeros entornos sociales y educativos en los que los niños y niñas desarrollan sus habilidades, tanto cognitivas como sociales y emocionales. Esta etapa juega un papel crucial en la detección precoz de trastornos del neurodesarrollo como lo son el Trastorno del Espectro Autista (TEA) y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Esto se debe a que los docentes tienen la oportunidad de observar y evaluar una amplia gama de conductas y comportamientos en los niños, de modo que pueden ver su desarrollo en diferentes áreas. La detección temprana facilita la implementación de intervenciones adecuadas, que pueden mejorar significativamente la trayectoria educativa y emocional del alumnado (Jiménez y Navarro, 2019).

Podemos decir que los docentes de la etapa de Educación Infantil son los observadores por excelencia del día a día de su alumnado, lo cual les brinda la oportunidad de identificar y detectar posibles signos de alerta en las primeras etapas del desarrollo. La observación sistemática de diferentes aspectos como habilidades de comunicación, comportamientos y relaciones sociales es esencial para detectar posibles anomalías en el desarrollo lo antes posible (Alonso, 2021). En este contexto, los maestros y maestras deben estar capacitados y formados para poder identificar dificultades atencionales, problemas en la comunicación social, u otros comportamientos representativos de otros trastornos del neurodesarrollo. Esta capacidad les permite poder derivar al alumnado que lo necesite a los especialistas correspondientes, pudiendo llevar a cabo una evaluación clínica apropiada. El estudio realizado por Jiménez y Navarro (2019) destaca la importancia y relevancia de la formación del personal docente, afirmando que muchos educadores no están lo suficientemente preparados como para identificar síntomas no tan visibles de trastornos como el TDAH o el TEA, lo que retrasa el correspondiente diagnóstico y la intervención necesaria.

Una vez identificado un posible trastorno del neurodesarrollo, los docentes deberán ser capaces de intervenir lo antes posible. Una intervención temprana en estos trastornos es un factor clave

para mitigar efectos a largo plazo, tales como dificultades emocionales, sociales o académicas. Según Fernández y García (2020), en la escuela se llevan a cabo diversas intervenciones tempranas, en las que encontramos aspectos como el uso de estrategias individualizadas, o la implementación de actividades diseñadas para favorecer el desarrollo social y emocional del alumnado. Este enfoque aborda necesidades de todo tipo, sin dejar de lado el desarrollo de habilidades de autorregulación y manejo emocional.

La detección e intervención temprana no tienen que ser acciones únicamente de la escuela, sino que resulta necesaria la colaboración estrecha con el ámbito familiar, generando una comunicación constante entre ambas partes que permita una visión más compleja y holística del desarrollo del alumnado, así como la implementación y seguimiento de las estrategias de apoyo en ambos entornos, tanto en el aula como en el hogar. Además, involucrar a las familias en el proceso diagnóstico proporciona una mejora en la efectividad de las estrategias y otorga al alumnado un entorno más coherente donde pueda encontrar el apoyo que necesita (Pérez, 2021).

Por otro lado, la colaboración con profesionales externos a los centros escolares, como lo son los psicólogos o los neurólogos, es igual de importante, ya que permite que los docentes reciban orientación y recursos adecuados para llevar a cabo sus intervenciones, ajustándose a cada caso de forma rigurosa (Serrano y López, 2022). De esta manera, la escuela pasa a ser un punto clave de coordinación y apoyo en el proceso de diagnóstico y seguimiento del alumnado.

En cuanto a la formación docente, resulta esencial que el cuerpo de maestros de Educación Infantil reciba formación específica sobre los trastornos del neurodesarrollo, ya que esto les proporcionará un conocimiento profundo sobre estos y diferentes herramientas y recursos para poder abordarlos de forma eficaz. La formación continua en estrategias de detección y en intervención resulta esencial para que los y las docentes puedan actuar de la mejor manera posible ante las necesidades del alumnado con trastorno como el TEA o el TDAH (González, 2020). Según Serrano y López (2022), la falta de formación específica en este ámbito puede llevar a diagnósticos erróneos o a la sobrecarga por parte de los docentes de Educación Infantil al intentar manejar situaciones y conductas complejas sin las herramientas o los recursos adecuados.

A pesar de que tanto los niños como las niñas pueden ser diagnosticados con TEA y TDAH, las niñas a menudo presentan síntomas menos visibles o más internalizados, lo cual dificulta su detección en un primer momento. Las conductas de camuflaje son más comunes en niñas,

quienes, como ya se ha explicado, tienden a ocultar sus dificultades a través de conductas de complacencia o mimetización con sus compañeros y compañeras (González, 2020). En este sentido, los docentes deben estar especialmente atentos a las señales menos evidentes, como los problemas de regulación emocional, bajo rendimiento académico o dificultades en la interacción social, que pueden ser signos de un trastorno del neurodesarrollo no diagnosticado. Por todo ello, resulta esencial el papel de las escuelas y el personal docente de Educación Infantil en la detección e intervención temprana de los trastornos del neurodesarrollo para promover el bienestar y el desarrollo del alumnado. Si bien esta gran tarea podrá realizarla el personal debidamente formado y sensibilizado, que tenga las herramientas para comprender las particularidades de trastornos tan complejos como lo son el TDAH o el TEA, especialmente en el caso de las niñas. Además, no podemos dejar a un lado la coordinación entre la escuela, la familia y los servicios profesionales, lo que garantiza que las intervenciones sean verdaderamente efectivas. Finalmente, la formación continua y de calidad del profesorado y la implementación de estrategias de intervención inclusiva son herramientas fundamentales para que el alumnado reciba el apoyo adecuado desde edades tempranas, favoreciendo su inclusión y desarrollo integral.

10. APROXIMACIÓN A UNA GUIA DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA DETECCIÓN DEL ENMASCARAMIENTO DE SÍNTOMAS EN NIÑAS

Con el objetivo de ofrecer al profesorado de Educación Infantil un recurso sencillo, accesible y útil para entender mejor el fenómeno del enmascaramiento de síntomas y saber cómo actuar ante él; se propone una aproximación a lo que sería una Guía de buenas prácticas en la detección del enmascaramiento de síntomas en Educación Infantil.

Basándome en otras Guías de buenas prácticas (Hernández et al., 2005; Merino et al., 2018; Child Mind Institute, s.f.) y el expuesto marco teórico propongo la siguiente estructura, donde se tienen en cuenta aspectos como los indicadores visuales de posible enmascaramiento, la observación directa en el aula, las entrevistas con las familias, los criterios para la derivación al Equipo de Orientación, estrategias de intervención en el aula, formación docente, seguimiento y evaluación.

¿Qué entendemos por enmascaramiento?

En muchas ocasiones, las niñas con trastornos como TEA o TDAH en edades tempranas pasan desapercibidas en el entorno escolar. No porque no muestren dificultades, sino porque han

aprendido, de forma más o menos consciente, a esconderlas. Observan, imitan, se adaptan y, a veces, se esfuerzan en exceso para parecer “como las demás”. Esta forma de adaptación se conoce como enmascaramiento, y aunque puede hacer que parezcan integradas, en realidad puede estar ocultando un gran desgaste emocional y una falta de apoyo a sus verdaderas necesidades.

Algunos autores (Pearson y Rose, 2021; Martínez, 2023) hablan del enmascaramiento como la supresión o modificación de conductas naturales por el estigma social que les causa, con el fin de sentirse incluidos o aceptados por la sociedad. Esto puede ser una acción consciente o inconsciente que, aunque pueda parecer una forma de control, en realidad implica ocultar o compensar en exceso los síntomas, más que gestionarlos de manera efectiva.

A continuación, se presentan una serie de orientaciones prácticas dirigidas al profesorado de Educación Infantil, con el objetivo de facilitar la identificación temprana del enmascaramiento y promover una intervención educativa más ajustada a las necesidades reales de estas alumnas.

1. Indicadores de posible *masking* o enmascaramiento en niñas de Educación Infantil

Aspectos observables generales:

- Alto nivel de ansiedad o cansancio después de las interacciones sociales.
- Muecas, posturas o gestos repetitivos sutiles cuando creen que no están siendo observadas.
- Interés por encajar, pero sin iniciativa propia.
- Juego simbólico basado en la imitación literal.
- Repetición de diálogos o conversaciones de forma exacta.
- Respuestas emocionales exageradas a pequeños conflictos.
- Comentarios que hagan referencia al rechazo de la percepción del resto como alguien raro o diferente.

Específicos del TDAH:

- Dificultades atencionales ocultas bajo un esfuerzo excesivo.
- Conducta muy inhibida evitando posibles problemas.
- Hiperverborrea sutil.

2. Buenas prácticas en la observación en el aula

- Uso de diarios de aula donde se anoten patrones de conducta observados de forma sistemática.

- Llevar a cabo observaciones no estructuradas durante el juego libre (rincones, recreo...) y la entrada o salida del aula.
- Registrar las reacciones ante nuevas situaciones o aquellas que puedan generar frustración.
- Considerar la incongruencia entre el comportamiento en casa y en el aula, en coordinación con las familias.

3. Claves para la entrevista con las familias

- Apoyarse con un lenguaje cercano sin utilizar etiquetas diagnósticas.
- Informarse acerca de las rutinas en casa, intereses repetitivos o comportamientos rígidos.
- Preguntar por comportamientos poco visibles como cansancio excesivo, rabietas después del colegio o miedo a desagradar al resto.
- Validar las aportaciones y observaciones familiares sin juzgarlas.

4. Criterios para la derivación al Equipo de Orientación

- Presencia de los múltiples indicadores de enmascaramiento de síntomas.
- Alteraciones significativas en la regulación emocional y social.
- Acuerdo coherente entre el centro educativo y las familias acerca de las conductas preocupantes.
- Necesidad de adaptaciones no ordinarias para asegurar su participación.

5. Estrategias de intervención en el aula

- Crear espacios de expresión emocional y social libre de juicios.
- Crear pequeños grupos de juego sociodramático con roles flexibles.
- Evitar reforzar las conductas camufladas como “buen comportamiento” si esconden malestar.
- Incluir cuentos y actividades sobre las diferencias individuales.
- Diseñar rutinas visuales y entornos predecibles.

6. Formación y sensibilización docente

- Incluir el enfoque de género en la formación sobre TEA y TDAH.

- Conocer testimonios de diferentes mujeres diagnosticadas con estos trastornos, saliendo de los perfiles masculinos.
- Participar en redes de intercambio de buenas prácticas.

7. Seguimiento y evaluación

- Diseñar protocolos de observación que tengan en cuenta la perspectiva de género.
- Revisar semestralmente los casos en riesgo de enmascaramiento de síntomas.
- Coordinar reuniones interdisciplinarias con orientación, PT y/o AL (dependiendo de la individualidad de cada centro).

11. CONCLUSIONES

Mi propósito inicial en este Trabajo de Fin de Grado era realizar una revisión teórica sobre las diferencias de género en la manifestación, diagnóstico e implicaciones educativas del TEA y TDAH, con especial atención al contexto escolar. Para ello, recopilé los diversos artículos y libros que tratan aspectos relacionados con el tema, encontrando que existen diferencias entre niños y niñas, tanto en la manifestación de ambos trastornos como en el diagnóstico que reciben.

A lo largo de este trabajo podemos apreciar que los niños y niñas de Educación Infantil presentan diferencias biológicas, tanto neurológicas como hormonales, que afectan a otros aspectos como la socialización y la expresión de comportamientos. Todo ello, ligado a una expectativa diferente por parte de los adultos y sesgos en la creación del perfil diagnóstico de ambos trastornos, provocan que encontremos un infradiagnóstico en niñas de estas edades. Además, esto puede generar el llamado “enmascaramiento de síntomas” en niñas que provoca que aún sean más invisibles a los ojos del adulto.

Este trabajo me ha permitido profundizar en cómo las diferencias de género influyen significativamente en aspectos clave como la detección y la respuesta educativa ante los trastornos del neurodesarrollo. Las herramientas diagnósticas y los marcos interpretativos en los que apoyamos nuestra labor han sido contruidos a partir de patrones masculinos. Con lo cual, si utilizamos estas herramientas, contribuimos a invisibilizar tanto las expresiones femeninas de estos trastornos como su oportunidad de ser atendidas del mismo modo que un perfil masculino.

En cuanto a las limitaciones que he encontrado para llevar a cabo el presente trabajo, destaco la cantidad de artículos y recursos relacionados con el tema. Me ha resultado especialmente complicada la búsqueda de información ya que se trata de un campo de investigación relativamente nuevo. Si bien se han realizado avances importantes en los últimos años, la mayoría de las investigaciones disponibles son recientes y aún limitadas en número, lo que dificulta la obtención de datos amplios, concretos y profundos sobre el tema. El hecho de que este tema sea emergente supone que la literatura existente no ofrezca una base extensa desde la cual se puedan extraer conclusiones y recomendaciones claras. En consecuencia, se ha recurrido a estudios más recientes y a la extrapolación de datos de investigaciones previas.

Otra limitación relevante ha sido la dificultad para encontrar ejemplos de intervenciones prácticas o guías específicas para la detección del enmascaramiento en el ámbito escolar. Aunque existen propuestas de estrategias generales, la falta de recursos más concretos y accesibles para el personal docente sobre cómo implementar dichas prácticas y estrategias de manera efectiva resulta un gran desafío.

A pesar de estas limitaciones, este trabajo ha conseguido arrojar algo de luz sobre un tema crucial en la educación inclusiva y el diagnóstico de trastornos del neurodesarrollo, concretamente en lo que respecta a las niñas en este contexto. Los resultados obtenidos subrayan la importancia de continuar investigando sobre el infradiagnóstico en niñas y mujeres, el enmascaramiento de síntomas y el impacto que tiene en la detección temprana de trastornos como el Trastorno del Espectro Autista y el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, con el objetivo de mejorar las prácticas educativas y los procesos diagnósticos.

Resulta fundamental que, tanto en el ámbito académico como en la práctica profesional, se continúe desarrollando la investigación sobre este problema para proporcionar a los docentes y profesionales las herramientas necesarias para detectar las señales menos evidentes y ofrecer una intervención adecuada y comprensiva con la población femenina.

En caso de que continuase con mi investigación, me centraría en estudiar cómo los centros educativos de Aragón abordan esta situación. Me plantearía llevar la propuesta de guía de buenas prácticas a las aulas para ver su función en un contexto educativo real. Además, me gustaría precisar en aspectos claves como la percepción del profesorado ante el enmascaramiento de síntomas en niñas, y la eficacia de las estrategias propuestas en la detección temprana de trastornos como TEA y TDAH desde una perspectiva de género. Para ello, podría diseñar una investigación cualitativa basada en estudios de caso o entrevistas

semiestructuradas con docentes de Educación Infantil, así como observar dinámicas de aula que permitan valorar hasta qué punto las niñas con estas características siguen pasando desapercibidas. Esta línea de estudio me permitiría no solo validar los contenidos teóricos aquí trabajados, sino contribuir a la mejora de la práctica docente y de los protocolos de actuación en el entorno escolar aragonés. Del mismo modo, podría ampliar la guía de buenas prácticas incluyendo aportaciones del propio profesorado, adaptándola así a las necesidades reales del contexto educativo real.

REFERENCIAS

- Alonso, M. (2021). *La detección temprana de trastornos del neurodesarrollo en el aula de Educación Infantil: Un estudio de observación*. Universidad de Granada. <https://hdl.handle.net/10481/76430>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed., texto revisado; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.
- Antshel, K. M., & Russo, N. (2019). Autism spectrum disorders and ADHD: Overlapping phenomenology, diagnostic issues, and treatment considerations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(5), 492–504. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13057>
- Antshel, K. M., Zhang-James, Y., & Faraone, S. V. (2016). The comorbidity of ADHD and autism spectrum disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 16(3), 123–130.
- Arenas, M. C., y Puigcerver, A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología*, 3(1), 36–44. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1989-38092009000300003&script=sci_arttext
- Artigas, J. (2012). The genetic bases of neurodevelopmental disorders. *ResearchGate*. https://www.researchgate.net/profile/Josep-Artigas/publication/235750174_The_genetic_bases_of_neurodevelopmental_disorders/links/5ef2ffca299bf1031f1f5e98/The-genetic-bases-of-neurodevelopmental-disorders.pdf
- Azevedo, F., Bonnen, K. L., Kim, J. S., Kording, K., Lee, J. J., Obscura, M., Kapp, S. K., Rer, J. P. & Morstead, T. (2023). *From puzzle to progress: How engaging with neurodiversity can improve cognitive science*. *Cognitive Science*, 47(2), e13275.
- Bangasser, D. A., & Wiersielis, K. R. (2018). Sex differences in stress responses: A critical role for corticotropin-releasing factor. *Hormones and Behavior*, 103, 44–50. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2018.01.008>
- Baron-Cohen, S. (2009). Autism: the empathizing–systemizing (E-S) theory. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1156(1), 68–80.
- Becker, J. B., Perry, A. N., & Westenbroek, C. (2012). Sex differences in the neural mechanisms mediating addiction: A new synthesis and hypothesis. *Biology of Sex Differences*, 3(1), 14. <https://doi.org/10.1186/2042-6410-3-14>
- Brown, T. T., & Jernigan, T. L. (2012). Brain development during the preschool years. *Neuropsychology Review*, 22(4), 313–333. <https://doi.org/10.1007/s11065-012-9214-1>
- 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.

- Child Mind Institute. (s.f.). *Guía para padres sobre el TDAH*. <https://childmind.org/es/guia/guia-para-padres-sobre-el-tdah/>
- Confederación Autismo España. (s.f.). *¿Qué es el autismo?* <https://autismo.org.es/el-autismo/que-es-el-autismo/>
- Contreras Contreras, C., y Flores Aguilar, P. (2022). *El desafío de una nueva socialización de género en la educación infantil*. *Infancia, Educación y Aprendizaje (IEYA)*, 8(1), 82-92.
- Escofet Soteras, C., Fernández Fernández, M. A., Torrents Fenoy, C., Martín del Valle, F., Ros Cervera, G., y Machado Casas, I. S. (2022). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Protocolos de Diagnóstico y Terapéutica Pediátrica*, 1, 85-92.
- Fernández López, F., y García Pérez, A. (2020). *Intervención educativa temprana en niños con trastornos del neurodesarrollo: Estrategias y prácticas inclusivas*. Ediciones Didácticas. ISBN: 978-84-9788-331-7
- Förster, J., y 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. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2022.06.001>
- González Barea, E. M., y Rodríguez Marín, Y. (2020). *Estereotipos de género en la infancia*. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 36, 125-138.
- González, P. (2020). *La detección de los trastornos del espectro autista en la etapa infantil: Desafíos y estrategias desde el aula*. *Revista Española de Pedagogía*, 78(276), 251-267. <https://revistas.csic.es/index.php/educacion/article/view/3151>
- Hendrickx, S. (2024). *Mujeres y niñas en el espectro autista: Entender las experiencias de la vida desde la primera infancia hasta la vejez* (I. Ferrer, Trad.). Alba Editorial.
- Hernández, J. M., Artigas-Pallarés, J., Martos-Pérez, J., Palacios-Antón, S., Fuentes-Biggi, J., Belinchón-Carmona, M., Canal-Bedia, R., Díez-Cuervo, A., Ferrari-Arroyo, M. J., Hervás-Zúñiga, A., Idiazábal-Alecha, M. A., Mulas, F., Muñoz-Yunta, J. A., Tamarit, J., Valdizán, J. R., y Posada-De la Paz, M. (2005). *Guía de buena práctica para la detección temprana de los trastornos del espectro autista*. *Revista de Neurología*, 41(4), 237–245.
- Hinshaw, S. P., Nguyen, P. T., O’Grady, S. M., & Rosenthal, E. A. (2022). Annual Research Review: Attention-deficit/hyperactivity disorder in girls and women: underrepresentation, longitudinal processes, and key directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(4), 484-496.

- Hull, L., Mandy, W., & Petrides, K. V. (2020). Behavioral and cognitive sex/gender differences in autism spectrum condition and typically developing males and females. *Autism*, 24(4), 927–940.
- Jiménez, C., y Navarro, A. (2019). *La observación docente en la detección precoz de trastornos del neurodesarrollo*. *Revista de Investigación Educativa*, 37(1), 133-149. <https://www.rieoei.org>
- Kaczurkin, A. N., Raznahan, A., & Satterthwaite, T. D. (2019). Sex differences in the developing brain: insights from multimodal neuroimaging. *Neuropsychopharmacology*, 44(1), 71–85. <https://doi.org/10.1038/s41386-018-0111-z>
- Lai, M.-C., Lombardo, M. V., Auyeung, B., Chakrabarti, B., & Baron-Cohen, S. (2015). Sex/gender differences and autism: Setting the scene for future research. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(1), 11–24.
- Lee, D. O., & Ousley, O. Y. (2006). Attention-deficit hyperactivity disorder symptoms in a clinic sample of children and adolescents with pervasive developmental disorders. *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology*, 16(6), 737-746.
- Martínez Martín, N., Albaladejo Gutiérrez, E. F., Espín Jaime, J. C., Güerre Lobera, M. J., Sánchez García, J., y Jiménez Hernández, J. L. (2015). Etiología y patogenia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Revista Española de Pediatría*, 71(2), 62-68.
- Martínez, G. (2023). *Caras vemos, corazones no sabemos: Camuflaje en neurodivergencia, autismo y TDA*. Psyciencia. <https://www.psyciencia.com/caras-vemos-corazones-no-sabemos-camuflaje-en-neurodivergencia-autismo-y-tda/>
- Martos Pérez, J. (2006). Autismo, neurodesarrollo y detección temprana. *Revista de Neurología*, 42(2), 99-101.
- Medina Alva, M. del P., Caro Kahn, I., Muñoz Huerta, P., Leyva Sánchez, J., Moreno Calixto, J., y Vega Sánchez, S. (2015). *Neurodesarrollo infantil: características normales y signos de alarma en el niño menor de cinco años*.
- Merino, M., D'Agostino, C., de Sousa, V., Gutiérrez, A., Morales, P., Pérez, L., Camba, O., Garrote, L., y Amat, C. (2018). *Guía de buenas prácticas en niñas, adolescentes y mujeres con trastorno del espectro del autismo*. Asociación Española de Profesionales del Autismo (AETAPI). <https://aetapi.org/download/guia-de-buenas-practicas-en-mujeres-con-tea/>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Trastorno del espectro autista*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>

- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Trastornos mentales*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Pearson, A., & Rose, K. (2021). A conceptual analysis of autistic masking: Understanding the narrative of stigma and the illusion of choice. *Autism in Adulthood*, 3(1), 52-60.
- Pérez, A. (2021). *La importancia de la colaboración escuela-familia en la intervención temprana de los trastornos del neurodesarrollo*. *Psicología y Educación*, 31(1), 45-61. <https://www.psicologiayed.com>
- Pripas-Kapit, S. (2020). Historicizing Jim Sinclair's "Don't mourn for us": A cultural and intellectual history of neurodiversity's first manifesto. *Autistic community and the neurodiversity movement: Stories from the frontline*, 23-39.
- Ratto, A. B., Kenworthy, L., Yerys, B. E., Bascom, J., Wieckowski, A. T., White, S. W., & Scarpa, A. (2018). What about the girls? Sex-based differences in autistic traits and adaptive skills. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(5), 1698–1711.
- Real Academia Española. (2025). *Diccionario de la lengua española* (23.ª ed.). Recuperado el 20 de abril de 2025, de <https://dle.rae.es>
- Rico-Moreno, J., & Tárraga-Mínguez, R. (2016). Comorbilidad de TEA y TDAH: revisión sistemática de los avances en investigación. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 32(3), 810-819. <https://doi.org/10.6018/analesps.32.3.217031>
- Rosqvist, H. B., Botha, M., Hens, K., O'Donoghue, S., Pearson, A. & Stenning, A. (2022). Cutting our own keys: New possibilities of neurodivergent storying in research. *Autism*, 26(5), 1141-1143.
- Rusca Jordán, F., y Cortez Vergara, C. (2020). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes: Una revisión clínica. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(3), 223–233. <https://doi.org/10.20453/rnp.v83i3.3794>
- Sánchez López, M. P., Aparicio García, M. E., y Dresch, V. (2006). *Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercebida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres*. *Psicothema*, 18(3), 584-590.
- Serrano, S., y López, J. (2022). *Formación docente y estrategias de intervención en trastornos del neurodesarrollo*. *Educación y Desarrollo*, 14(2), 202-218. <https://educacionydesarrollo.org>
- Soutullo Esperón, C., y Mardomingo Sanz, M. (2010). *Manual de psiquiatría del niño y adolescente* (pp. 55-78). Editorial Médica Panamericana.

- Turygin, N., Matson, J. L., & Tureck, K. (2013). ADHD symptom prevalence and risk factors in a sample of toddlers with ASD or who are at risk for developmental delay. *Research in Developmental Disabilities*, 34(11), 4203–4209. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.07.020>
- Von Bernhardi, R., Bernhardi, L. E., & Eugenín, J. (2017). What is neural plasticity? En *Advances in Experimental Medicine and Biology* (Vol. 1015, pp. 1–15). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-62817-2_1
- Valdizán Usón, J. R., Mercado Val, E., y Mercado Undanivia, A. (2007). *Características y variabilidad clínica del TDAH en niñas* [Presentación de congreso]. Palacio de Congresos de Valencia.