



**EL SESGO DE GÉNERO EN EL
PROCESO DIAGNÓSTICO DEL
AUTISMO Y SUS CONSECUENCIAS
PARA LAS MUJERES**

Ruiz Gil, Tania

Asignatura: Trabajo Fin de Máster

Tutor: Montagud Mayor, Xavier

Curso: 2021/2022

Valencia, 6 de septiembre de 2022

AGRADECIMIENTOS

A todas las mujeres que me han acompañado en el camino académico y personal durante este último año: Ana, Sofía, Lydia, Blanca, Ximena y María Elena.

A mi ratita pelirroja. Porque gracias a ella conocí de primera mano el autismo y me enseñó a comprender que hay otras formas de entender el mundo y a querer seguir aprendiendo sobre el autismo. Gracias por tanto.

RESUMEN

El objetivo principal de este trabajo es mostrar e identificar las posibles diferencias de género a la hora de realizar diagnósticos de autismo y por consiguiente la existencia de sesgo. La prevalencia del autismo se sitúa en un 1% pero la proporción entre hombres y mujeres es de 4/1. Esta cifra puede deberse a la presencia de un sesgo de género en el proceso diagnóstico, a diferencias en la forma de manifestar los rasgos autistas entre los géneros o a mecanismos de camuflaje presentes en muchas mujeres autistas. Una de las posibles consecuencias que se derivan es el mayor número de diagnósticos tardíos realizados en mujeres autistas.

Un total de 150 personas autistas mayores de 18 años de España (68% mujeres, 16.7% hombres y 15.3% personas no binarias) con una edad media de 31.3 años participaron en la investigación para comparar el proceso diagnóstico que siguieron y cómo expresan sus rasgos autistas.

A pesar de las objeciones de representatividad de la encuesta, la investigación constataría que la edad media de diagnóstico es de 27.9 años, siendo superior en el caso de las mujeres (29.4 años); un 30% de las personas empezó a sospechar que podían ser autistas a través de otras personas autistas; el 78% de las personas considera que sí existen diferencias en la actitud de las personas profesionales según el género de la persona a diagnosticar, porcentaje que aumenta en el caso de las mujeres autistas a un 82.4%; un 57.8% de mujeres presentan diagnósticos erróneos y también un 57.8% presenta diagnósticos simultáneos; el 95.1% de las mujeres presentaron dificultades específicas en la infancia pero sólo ante un 9.3% se planteó la idea de que pudieran ser autistas; un 69.6% las mujeres autistas manifiestan imitar las interacciones sociales todos o casi todos los días.

Los resultados muestran la necesidad de aumentar la investigación sobre el autismo femenino incorporando a las mujeres en las pruebas para definir los criterios diagnósticos y modificar los instrumentos diagnósticos para que sean sensibles al género. Asimismo es importante visibilizar la realidad de las mujeres autistas para una mayor comprensión social y evitar diagnósticos erróneos que generan procesos angustiosos e incertidumbre. En todo momento se abordará el autismo desde el paradigma de la neurodiversidad tratándolo como una forma de ser igualmente válida y no como una enfermedad.

Palabras clave: Autismo, mujeres, neurodiversidad, diferencias de género, diagnóstico.

ABSTRACT

The main objective of this work is to show and identify possible gender differences in the diagnosis of autism and therefore the existence of bias. The prevalence of autism stands at 1% but the ratio between man and women is 4/1. This figure may be due to the presence of a gender bias in the diagnostic process, to differences in the way of manifesting autistic traits between genders or to camouflage mechanisms present in many autistic women. One of the possible consequences derived is the higher number of late diagnoses made in autistic women.

A total of 150 autistic people over 18 years of age from Spain (68% women, 16.7% men and 15.3% non-binary people) with an average age of 31.3 years participated in the research to compare the diagnostic process they followed and how they express their autistic traits.

Despite the objections of representativeness of the survey, the research found that the average age of diagnosis is 27.9 years, being higher in the case of women (29.4 years); 30% of people began to suspect that they might be autistic through other autistic people; 78% of people consider that there are differences in the attitude of professionals according to the gender of the person to be diagnosed, a percentage that increases in the case of autistic women to 82.4%; 57.8% of women have misdiagnoses and 57.8% have simultaneous diagnoses; 95.1% of women had specific difficulties in childhood but only 9.3% of them considered the idea that they might be autistic; 69.6% of autistic women say that they imitate social interactions every day or almost every day.

The results show the need to increase the research on female autism incorporating women in the tests to define the diagnostic criteria and to modify the diagnostic instruments so that they are sensitive to gender. It is also important to make the reality of autistic women visible for a better social understanding and to avoid erroneous diagnoses that generate distressing processes and uncertainty. At all times, autism will be approached from the paradigm of neurodiversity, treating it as an equally valid way of being and not as a disease.

Keywords: Autism, women, neurodiversity, gender differences, diagnosis.

RESUM

L'objectiu principal d'aquest treball és mostrar i identificar les possibles diferències de gènere a l'hora de realitzar diagnòstics d'autisme i per consegüent l'existència de biaix. La prevalença de l'autisme se situa en un 1% però la proporció entre homes i dones és de 4/1. Aquesta xifra pot deure's a la presència d'un biaix de gènere en el procés diagnòstic, a diferències en la manera de manifestar els trets autistes entre els gèneres o a mecanismes de camuflatge presents en moltes dones autistes. Una de les possibles conseqüències que es deriven és el major nombre de diagnòstics tardans realitzats en dones autistes.

Un total de 150 persones autistes majors de 18 anys d'Espanya (68% dones, 16.7% homes i 15.3% persones no binàries) amb una edat mitjana de 31.3 anys van participar en la investigació per a comparar el procés diagnòstic que van seguir i com expressen els seus trets autistes.

Malgrat les objeccions de representativitat de l'enquesta, la investigació constataria que l'edat mitjana de diagnòstic és de 27.9 anys, sent superior en el cas de les dones (29.4 anys); un 30% de les persones va començar a sospitar que podien ser autistes a través d'altres persones autistes; el 78% de les persones considera que sí que existeixen diferències en l'actitud de les persones professionals segons el gènere de la persona a diagnosticar, percentatge que augmenta en el cas de les dones autistes a un 82.4%; un 57.8% de dones presenten diagnòstics erronis i també un 57.8% presenta diagnòstics simultanis; el 95.1% de les dones van presentar dificultats específiques en la infància però només davant un 9.3% es va plantejar la idea que pogueren ser autistes; un 69.6% les dones autistes manifesten imitar les interaccions socials tots o quasi tots els dies.

Els resultats mostren la necessitat d'augmentar la investigació sobre l'autisme femení incorporant a les dones en les proves per a definir els criteris diagnòstics i modificar els instruments diagnòstics perquè siguin sensibles al gènere. Així mateix és important visibilitzar la realitat de les dones autistes per a una major comprensió social i evitar diagnòstics erronis que generen processos angoixants i incertesa. En tot moment s'abordarà l'autisme des del paradigma de la neurodiversitat tractant-lo com una manera de ser igualment vàlida i no com una malaltia.

Paraules clau: Autisme, dones, neurodiversitat, diferències de gènere, diagnòstic.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
RESUM.....	3
1. INTRODUCCIÓN.....	11
1.1. Uso del lenguaje.....	13
2. MARCO TEÓRICO.....	15
2.1. Sesgo de género en el ámbito sanitario.....	15
2.2. El paradigma de la neurodiversidad.....	19
2.3. Qué es el autismo.....	22
2.3.1. Definición del autismo.....	23
2.3.2. Instrumentos diagnósticos.....	24
2.3.3. Señales de alerta y características principales.....	25
2.3.4. Epidemiología y prevalencia.....	28
2.3.5. Coocurrencias en el autismo.....	29
2.3.6. Autismo en la edad adulta.....	30
2.4. Trastorno del Espectro Autista en mujeres.....	31
2.4.1. El diagnóstico de autismo en las mujeres.....	31
2.4.2. Dificultades para el diagnóstico de autismo en mujeres y niñas.....	33
2.4.3. Diferencias en la manifestación de rasgos autistas según el género.....	39
2.5. Autismo y personas no binarias.....	41
3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	43
4. METODOLOGÍA.....	45
4.1. Población y muestra.....	45
4.2. Técnicas empleada y diseño del instrumento.....	45
4.3. Procedimiento y cronograma.....	46
4.4. Consideraciones éticas.....	47
4.5. Análisis estadístico de los datos.....	48

5. RESULTADOS OBTENIDOS.....	49
5.1. Análisis univariado.....	49
5.2. Análisis bivariado.....	60
5.2.1. Análisis bivariado relacionando el género.....	60
5.2.2. Análisis bivariado relacionando la edad.....	87
6. DISCUSIÓN Y REFLEXIONES FINALES.....	92
7. LIMITACIONES EN LA INVESTIGACIÓN.....	99
8. PLAN DE DIFUSIÓN Y DEVOLUCIÓN DE RESULTADOS.....	101
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y DOCUMENTALES.....	102
ANEXOS.....	111
Anexo 1. Cuestionario.....	112
Anexo 2. Cartel para la difusión de la investigación.....	118
Anexo 3. Consentimiento informado.....	119

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Descriptivos de Edad.....	49
Tabla 2. Frecuencias de Proceso del diagnóstico de autismo.....	50
Tabla 3. Frecuencias de Forma de sospecha.....	51
Tabla 4. Descriptivos de Años al obtener el diagnóstico.....	51
Tabla 5. Frecuencias de Profesional que realizó el diagnóstico.....	52
Tabla 6. Frecuencias de Preguntas relacionadas con el género en el diagnóstico.....	52
Tabla 7. Frecuencias de Existencia de diferencias en la actitud de las personas profesionales según el género de la persona a diagnosticar.....	52
Tabla 8. Frecuencias de Presencia de diagnóstico erróneo.....	53
Tabla 9. Frecuencias de los diversos diagnósticos erróneos.....	53
Tabla 10. Frecuencias de Presencia de diagnóstico simultáneo.....	54
Tabla 11. Frecuencias de los diversos diagnósticos simultáneos.....	55

Tabla 12. Frecuencias de Sentimiento tras el diagnóstico.....	56
Tabla 13. Frecuencias de Comprensión al hacer público el diagnóstico.....	56
Tabla 14. Descriptivos de los ámbitos donde las personas autistas han hecho público su diagnóstico.....	57
Tabla 15. Frecuencias de Presencia de dificultades específicas en la infancia.....	57
Tabla 16. Frecuencias de las acciones realizadas ante las dificultades en la infancia.....	58
Tabla 17. Descriptivos de la frecuencia de realización de conductas características del autismo.....	58
Tabla 18. Descriptivos del grado de acuerdo o desacuerdo respecto a las siguientes cuestiones. Parte 1.....	59
Tabla 19. Descriptivos del grado de acuerdo o desacuerdo respecto a las siguientes cuestiones. Parte 2.....	60
Tabla 20. Prueba de chi-cuadrado entre Género y Proceso del diagnóstico de autismo...	61
Tabla 21. Tabla de contingencia entre Género y Proceso del diagnóstico de autismo.....	61
Tabla 22. Prueba de chi-cuadrado entre Género y Forma de sospecha.....	62
Tabla 23. Tabla de contingencia entre Género y Forma de sospecha.....	62
Tabla 24. Test de homogeneidad de varianzas de Años al obtener el diagnóstico.....	63
Tabla 25. Prueba ANOVA de Años al obtener el diagnóstico.....	63
Tabla 26. Prueba post-hoc de Games-Howell de Género y Años al obtener el diagnóstico.....	64
Tabla 27. Descriptivas de Género y Años al obtener el diagnóstico.....	64
Tabla 28. Prueba de chi-cuadrado entre Género y Forma de sospecha.....	65
Tabla 29. Coeficiente de contingencia entre Género y Forma de sospecha.....	65
Tabla 30. Tabla de contingencia entre Género y Profesional que realizó el diagnóstico..	65
Tabla 31. Prueba de chi-cuadrado entre Género y Preguntas relacionadas con el género en el diagnóstico.....	66
Tabla 32. Tabla de contingencia entre Género y Preguntas relacionadas con el género en el diagnóstico.....	66
Tabla 33. Prueba de chi-cuadrado entre Género y Existencia de diferencias en la actitud de los profesionales según el género de la persona a diagnosticar.....	67

Tabla 34. Coeficiente de contingencia entre Género y Existencia de diferencias en la actitud de los profesionales según el género de la persona a diagnosticar.....	67
Tabla 35. Tabla de contingencia entre Género y Existencia de diferencias en la actitud de los profesionales según el género de la persona a diagnosticar.....	67
Tabla 36. Prueba de chi-cuadrado entre Género y Presencia de diagnóstico erróneo.....	68
Tabla 37. Coeficiente de contingencia entre Género y Presencia de diagnóstico erróneo.....	68
Tabla 38. Tabla de contingencia entre Género y Presencia de diagnóstico erróneo.....	68
Tabla 39. Prueba de chi-cuadrado entre Género y Presencia de diagnóstico simultáneo.	69
Tabla 40. Coeficiente de contingencia entre Género y Presencia de diagnóstico simultáneo.....	69
Tabla 41. Tabla de contingencia entre Género y Presencia de diagnóstico simultáneo...	69
Tabla 42. Prueba Kruskal-Wallis de Género y Sentimiento tras el diagnóstico.....	70
Tabla 43. Prueba de chi-cuadrado entre Género y Comprensión al hacer público el diagnóstico.....	70
Tabla 44. Tabla de contingencia entre Género y Comprensión al hacer público el diagnóstico.....	70
Tabla 45. Prueba Kruskal-Wallis de Género y Amistades, Personas del ámbito familiar, Personas del ámbito laboral y Personas del ámbito educativo que saben que es autista.....	71
Tabla 46. Comparaciones entre parejas - Personas del ámbito familiar que saben que es autista.....	72
Tabla 47. Comparaciones entre parejas - Personas del ámbito educativo que saben que es autista.....	72
Tabla 48. Prueba de chi-cuadrado entre Género y Presencia de dificultades específicas en la infancia.....	72
Tabla 49. Tabla de contingencia entre Género y Presencia de dificultades específicas en la infancia.....	73
Tabla 50. Prueba de chi-cuadrado entre Género y Asistencia a profesionales ante esas dificultades.....	73

Tabla 51. Tabla de contingencia entre Género y Asistencia a profesionales ante esas dificultades.....	74
Tabla 52. Prueba de chi-cuadrado entre Género y Planteamiento de la idea de ser autista ante esas dificultades.....	74
Tabla 53. Coeficiente de contingencia entre Género y Planteamiento de la idea de ser autista ante esas dificultades.....	75
Tabla 54. Tabla de contingencia entre Género y Planteamiento de la idea de ser autista ante esas dificultades.....	75
Tabla 55. Prueba de chi-cuadrado entre Género e Intento de diagnóstico previo fallido ante esas dificultades.....	75
Tabla 56. Tabla de contingencia entre Género e Intento de diagnóstico previo fallido ante esas dificultades.....	76
Tabla 57. Prueba Kruskal-Wallis de Género y Frecuencia de imitación de las interacciones sociales, Frecuencia de realización de conductas repetitivas y/o intereses restringidos y Frecuencia de mantenimiento del contacto ocular en las relaciones con otras personas.....	77
Tabla 58. Comparaciones entre parejas - Frecuencia de realización de conductas repetitivas y/o intereses restringidos.....	77
Tabla 59. Comparaciones entre parejas - Frecuencia de mantenimiento del contacto ocular en las relaciones con otras personas.....	77
Tabla 60. Tabla de contingencia entre Género y Frecuencia de imitación de las interacciones sociales.....	78
Tabla 61. Tabla de contingencia entre Género y Frecuencia de realización de conductas repetitivas y/o intereses restringidos.....	78
Tabla 62. Tabla de contingencia entre Género y Frecuencia de mantenimiento del contacto ocular en las relaciones con otras personas.....	79
Tabla 63. Prueba Kruskal-Wallis de Género y las variables de grado de acuerdo o desacuerdo.....	80
Tabla 64. Comparaciones entre parejas - Grado de acuerdo o desacuerdo respecto a tener dificultades sociales.....	81

Tabla 65. Comparaciones entre parejas - Grado de acuerdo o desacuerdo respecto a que sea más probable que le describan como persona tímida o peculiar en lugar de autista.....	81
Tabla 66. Tabla de contingencia entre Género y Grado de acuerdo o desacuerdo respecto a ser capaz de camuflar sus dificultades.....	81
Tabla 67. Tabla de contingencia entre Género y Grado de acuerdo o desacuerdo respecto a tener motivación para formar y mantener amistades.....	82
Tabla 68. Tabla de contingencia entre Género y Grado de acuerdo o desacuerdo respecto a haber tenido problemas de comportamiento en el colegio.....	83
Tabla 69. Tabla de contingencia entre Género y Grado de acuerdo o desacuerdo respecto a tener dificultades sociales.....	84
Tabla 70. Tabla de contingencia entre Género y Grado de acuerdo o desacuerdo respecto a que sea más probable que le describan como persona tímida o peculiar en lugar de autista.....	84
Tabla 71. Tabla de contingencia entre Género y Grado de acuerdo o desacuerdo respecto a que sea más probable que tenga dificultades con la ansiedad.....	85
Tabla 72. Tabla de contingencia entre Género y Grado de acuerdo o desacuerdo respecto a que sea más probable que tenga dificultades con la hiperactividad.....	86
Tabla 73. Prueba Kruskal-Wallis de Edad y Proceso del diagnóstico de autismo.....	87
Tabla 74. Coeficiente de correlación de Spearman entre Edad y Años al obtener el diagnóstico.....	87
Tabla 75. Prueba Kruskal-Wallis de Edad y Existencia de diferencias en la actitud de las personas profesionales según el género de la persona a diagnosticar.....	88
Tabla 76. Coeficiente de correlación de Spearman entre Edad y Sentimiento tras el diagnóstico.....	88
Tabla 77. Coeficiente de correlación de Spearman entre Edad y Grado de acuerdo o desacuerdo respecto a ser capaz de camuflar sus dificultades.....	89
Tabla 78. Coeficiente de correlación de Spearman entre Edad y Grado de acuerdo o desacuerdo respecto a tener motivación para formar y mantener amistades...	89

Tabla 79. Coeficiente de correlación de Spearman entre Edad y Grado de acuerdo o desacuerdo respecto a haber tenido problemas de comportamiento en el colegio.....	89
Tabla 80. Coeficiente de correlación de Spearman entre Edad y Grado de acuerdo o desacuerdo respecto a tener dificultades sociales.....	90
Tabla 81. Coeficiente de correlación de Spearman entre Edad y Grado de acuerdo o desacuerdo respecto a que sea más probable que le describan como persona tímida o peculiar en lugar de autista.....	90
Tabla 82. Coeficiente de correlación de Spearman entre Edad y Grado de acuerdo o desacuerdo respecto a que sea más probable que tenga dificultades con la ansiedad.....	90
Tabla 83. Coeficiente de correlación de Spearman entre Edad y Grado de acuerdo o desacuerdo respecto a que sea más probable que tenga dificultades con la hiperactividad.....	91

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de influencias socioculturales y psicológicas basadas en el género que afectan la expresión fenotípica y la interpretación de los síntomas de mujeres con TEA a lo largo del desarrollo.....	38
Figura 2. Diagrama de Gantt de la investigación.....	47
Figura 3. Identidad de género de las personas participantes (%).....	50

1. INTRODUCCIÓN

En este Trabajo Fin de Máster (TFM) presento una investigación sobre el sesgo de género en los diagnósticos de autismo realizados a personas autistas adultas en España.

Es un hecho que existen sesgos de género en el ámbito sanitario, pues así lo afirman las propias instituciones al incorporar medidas con perspectiva de género en las políticas para reducir las desigualdades en salud, como por ejemplo en el *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud* (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

Dentro del ámbito sanitario se encuentra el área de la psicología, que emplea manuales diagnósticos como el DSM-5 (American Psychological Association [APA], 2013) o la CIE-11 (Clasificación internacional de enfermedades y trastornos relacionados con la salud mental) (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018a), donde se encuentra, entre otros, el trastorno del espectro autista. Aunque recientemente ha surgido un nuevo paradigma, el paradigma de la neurodiversidad, que pretende alejarse del paradigma médico y tratar al autismo no como una característica añadida a las personas sino como una forma de ser (Legault et al., 2021).

El autismo se conoce desde principios del siglo XX de la mano de persona como Eugene Bleuler, Leo Kanner o Hans Asperger (López et al., 2019). Desde entonces ha crecido el interés por el autismo llegando a descubrirse algunas particularidades del mismo como las diferencias de género que existen entre las personas autistas.

Muchas de las personas autistas suelen recibir su diagnóstico en la infancia, con una edad media de 4 años (Sampedro-Tobón et al., 2013), existiendo una proporción aproximada de un 80% niños y un 20% niñas (Dillon et al., 2021; Fulton et al., 2017; García et al., 2020; Hervás, 2016; Lai et al., 2015; Loomes et al., 2017; Montagut et al., 2018). Sin embargo, en los últimos años están surgiendo noticias en todo el mundo, sobre casos de mujeres autistas que reciben el diagnóstico en la edad adulta. Se pueden observar algunos ejemplos sobre ello en páginas de prensa digital como [Público](#), [RTVE](#), [elDiario.es](#), [Diari ARA](#), [La Tercera](#), [The Clinic](#) o [INDEPENDENT en Español](#), todas estas noticias publicadas entre finales del año 2021 y el año 2022.

Algunos de los motivos que plantean Montagut et al. (2018) son la existencia de un sesgo de género a la hora de realizar el diagnóstico, la estandarización de las pruebas diagnósticas en base al género masculino, diferencias a la hora de manifestar los rasgos autistas entre géneros o que las mujeres y niñas presenten mayor capacidad de adaptación social aprendida denominada camuflaje o masking. Es importante estudiar estas cuestiones ya que la

existencia de un sesgo de género puede provocar discriminación en las mujeres al no poder acceder a recursos, atención temprana, etc.

Por tanto, y en base a lo expuesto anteriormente, los objetivos de esta investigación son identificar las posibles diferencias/sesgo de género a la hora de realizar diagnósticos de autismo comparando el proceso diagnóstico seguido por mujeres y hombres autistas, identificando el número de diagnósticos realizados en la edad adulta a mujeres autistas, conociendo si existen sesgos de género por parte de las personas profesionales que realizan los diagnóstico de autismo, averiguando si los instrumentos diagnósticos son sensibles al género de las personas autistas, calculando los porcentajes de diagnósticos erróneos y simultáneos que presentan las personas autistas y si existen diferencias entre hombres y mujeres, detallando los sentimientos de las personas autistas tras conocer su diagnóstico y especificando cómo expresan sus rasgos autistas.

Este trabajo, a su vez, trabajo pretende beneficiar a las personas autistas adultas a través del conocimiento y descripción de la realidad de las diferencias de género en los diagnósticos. En consecuencia, se podrá disponer de información para poder actuar correctamente en los procesos diagnósticos o la formación a profesionales para intentar evitar diagnósticos tardíos.

Para dar respuesta a todo ello el trabajo se estructura de la siguiente forma: en primer lugar, un marco teórico en el que se recogen datos sobre los sesgos de género en el ámbito sanitario, se contextualiza el paradigma de la neurodiversidad, se realiza una aproximación de lo que es el autismo junto con sus características principales, epidemiología, prevalencia y coocurrencias, se aborda el autismo femenino y para acabar se expone brevemente la situación de las personas autistas no binarias. A continuación se presentan los objetivos e hipótesis que se intentan alcanzar y a los que este trabajo pretende dar respuesta. Seguidamente se describe la metodología que se va a emplear exponiendo la población y muestra objeto de estudio, el diseño del instrumento y el proceso de recolección de datos así como las consideraciones éticas y las limitaciones de la investigación. Posteriormente se encuentra el apartado de los resultados obtenidos estructurado en los análisis univariados y análisis bivariados. Acto seguido, se presentan la discusión de los resultados y las reflexiones finales. En el apartado siguiente queda reflejado el plan de difusión y devolución de los resultados obtenidos mediante todo el proceso de investigación. Finalmente, se listan las referencias bibliográficas empleadas durante la redacción del presente trabajo y se añaden como anexos el cuestionario, el cartel empleado para la difusión de la investigación y el consentimiento informado.

1.1. Uso del lenguaje

Existe un amplio debate en cuanto a la nomenclatura a emplear con este colectivo. Son muchos los términos que se emplean para referirse al autismo. Entre los más comunes destacan TEA o trastorno del espectro autista, CEA o condición del espectro autista, persona con autismo o persona autista. Según Millán (2021) depende de quién se esté refiriendo al autismo hará un uso u otro de los términos. Así las asociaciones de familias o profesionales tienden a emplear TEA o persona con autismo ya que consideran el autismo como una característica de las personas que las limita y como una etiqueta diagnóstica, sin embargo desde la propia comunidad autista las personas prefieren identificarse a ellas mismas como personas autistas puesto que consideran que el autismo es algo que las define (Millán, 2021). Este trabajo se enfoca desde el paradigma de la neurodiversidad (que se explicará en el subapartado 2.2), por lo que para la redacción del presente trabajo se va a hablar de personas autistas en lugar de personas con autismo, y autismo en lugar de TEA o CEA.

En cuanto a los conceptos sexo y género, aunque en ocasiones son usados de manera indistinta, son conceptos diferentes. El sexo es definido como las características físicas y atributos biológicos que incluyen los cromosomas, la expresión génica, la anatomía sexual/reproductiva y la función hormonal (CIHR IRSC, 2012). Por su parte, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018b), el género se define como un constructo social cambiante que lo componen las actividades, expectativas, roles, comportamientos, relaciones personales y distribución de poder derivadas del sexo biológico. Pese a que se relaciona con las categorías de sexo biológico hombre/mujer no siempre guardan relación directa. Además, el género es un factor de desigualdad sociosanitaria, entre otros. En la mayoría de estudios realizados en el ámbito sanitario se realizan categorías en base al sexo, sin embargo desde que nacemos las personas convivimos en sociedad y se nos asigna un rol de género u otro, por lo que es complejo poder separar los efectos del sexo y del género ya que acaban superponiéndose. Por tanto, y en base a que es el género mediante el cual se crean las desigualdades a lo largo del presente documento se va a emplear el término “género” para referirse a las categorías de hombre, mujer y personas no binarias, ya que pese a que el sexo sea una categoría dicotómica, considero importante visibilizar las nuevas identidades de género que existen, como es el caso de las personas no binarias.

Por último, considero relevante destacar que es importante el uso que se haga del lenguaje ya que mediante el mismo se reproducen o cuestionan las relaciones de poder existentes en una determinada sociedad. El lenguaje también refleja los cambios que se

producen en la sociedad, como el acceso de las mujeres a los espacios masculinizados (con la aceptación por parte de la RAE de palabras como ingeniera, médica o presidenta) o la visibilización cada vez mayor de las personas trans o de género no binario (Pikara Magazine, 2018). Por tanto, el lenguaje debe re-pensarse para emplear nuevas formas en las que todas las personas estemos incluidas, también las personas no binarias. Según la guía de Pikara Magazine (2018) existen diversas fórmulas que cuestionan el binarismo en el lenguaje, como los desdoblamientos, los sustantivos colectivos o genéricos, el asterisco (*), la arroba (@), la ‘x’ o la ‘e’. Para la redacción del presente documento, teniendo en cuenta que en diversos apartados se habla sobre las personas no binarias, y basándome en las recomendaciones anteriores, se emplearán los sustantivos colectivos y la terminación ‘e’ ya que, además de ser inclusiva, es accesible al ser legible por lectores de pantalla que emplean algunas personas con diversidad funcional, y, por ende, tampoco es capacitista.

2. MARCO TEÓRICO

El marco teórico de este trabajo de investigación está compuesto por cinco grandes subapartados. El primer subapartado aporta datos sobre los sesgos de género que se encuentran dentro del ámbito sanitario. En el segundo de ellos se presenta el paradigma de la neurodiversidad que es una nueva forma de entender el autismo ya que desde él se promueve el reconocimiento y la inclusión de la diversidad neurocognitiva, dicho de otro modo, las personas autistas reivindican su autismo como una forma de ser igualmente válida a la de las personas neurotípicas, y no como una enfermedad o patología que sufren. En el tercer subapartado se exponen los antecedentes históricos del autismo y una definición del mismo; también se presentan los instrumentos diagnósticos más utilizados; seguidamente, se nombran las señales de alerta y características principales del autismo; a continuación, se exponen datos sobre la epidemiología y la prevalencia en la población; seguidamente se nombran aquellas coocurrencias asociadas al autismo; finalizando con algunos datos sobre el autismo en la edad adulta. El cuarto subapartado se centra en las mujeres autistas, nombrando datos de la prevalencia en mujeres y hombres, las dificultades diagnósticas a las que se enfrentan las mujeres y finalmente las diferencias existentes en la manifestación de los rasgos autistas. Por último, se expone brevemente la situación de las personas autistas no binarias.

2.1. Sesgo de género en el ámbito sanitario

En los inicios de la medicina se empleaba un modelo de cuerpo androcéntrico en el que el cuerpo masculino era la única representación, por lo que prácticamente toda la información, la percepción clínica y la formación en salud no tenía en cuenta las diferencias entre hombres y mujeres (Cabanillas-Monferrer y Giménez-Bonafé, 2022; López, 2022; Vázquez-Santiago y Garrido, 2016). El androcentrismo supone por tanto considerar lo masculino como la norma, y como consecuencia de ello se produce una invisibilización del cuerpo de las mujeres posiblemente ocasionando una pérdida de calidad de vida relacionada con su salud (García et al, 2013; Ruiz, 2009).

No obstante, en los últimos años ha habido una mayor preocupación y atención sobre la salud de las mujeres, desde 1994 centrándose en la salud reproductiva y desde el año 2000 en la salud materna como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, iniciativa propuesta por las Naciones Unidas (Woods y Tsui, 2014), aunque todavía queda mucho camino por recorrer. Según Sánchez (2018), fue a partir de los años 90 cuando empezó a aumentar el interés

por las cuestiones de salud que atañían a las mujeres, más allá de la salud reproductiva, reivindicándose la inclusión de las mujeres en las investigaciones.

A pesar de ello, siguen existiendo diferencias a la hora de tratar ciertas cuestiones de salud en hombres y mujeres. Es lo que se conoce como sesgo de género (Ruiz, 2009). Según Vázquez-Santiago y Garrido (2016) y Cabanillas-Monferrer y Giménez-Bonafé (2022), estos sesgos de género están presentes en todos los niveles del sistema de salud y se pueden agrupar en tres tipos: sesgos cognitivos (en la investigación, el diagnóstico y el tratamiento o terapias), el sesgo social y finalmente el sesgo institucional, que condicionan la práctica de las personas profesionales sanitarias, los servicios de promoción y prevención de la salud y las agendas políticas.

Dentro de los sesgos cognitivos, en el ámbito de la investigación, la mirada androcéntrica de la medicina ha excluido a las mujeres de lugares tan importantes como los ensayos clínicos (Borrell y Artazcoz, 2008; Cabanillas-Monferrer y Giménez-Bonafé, 2022; García et al, 2013; Vázquez-Santiago y Garrido, 2016). En gran parte de las ocasiones se ha ignorado el género a la hora de seleccionar a las personas participantes lo que provocaba que la representación femenina fuese escasa e insignificante (Vázquez-Santiago y Garrido, 2016), por lo que los resultados obtenidos en los hombres pueden no ser extrapolados a las mujeres (Borrell y Artazcoz, 2008; Cabanillas-Monferrer y Giménez-Bonafé, 2022; López, 2022; Sánchez, 2018). Además, según una investigación llevada a cabo por López (2022), el hecho de asumir la igualdad entre hombres y mujeres en cuanto a la salud causó en 1960 cuando se empezó a utilizar un fármaco denominado talidomida que se produjeran malformaciones infantiles cuando se administraba el fármaco a mujeres en edad fértil. Por lo que la FDA, la agencia del Gobierno de los Estados Unidos responsable de la regulación de alimentos y medicamentos, excluyó a las mujeres en edad fértil de los ensayos clínicos (López, 2022). Poco después la agencia europea EMA amparándose en la Declaración de Helsinki sobre los principios éticos para investigación médica en seres humanos, aprobó la no incorporación de mujeres en los ensayos dando lugar exclusivamente a los hombres en los estudios de nuevos fármacos (López, 2022). Pero no se puede aceptar el argumento de que mujeres y hombres son iguales y por ende los resultados obtenidos en hombres se pueden extrapolar a las mujeres ya que ambos sexos son diferentes en cuestiones biológicas como por ejemplo las hormonas y la velocidad de absorción y metabolización de los medicamentos (López, 2022). Por todo ello, a principios de los años 90 la FDA vuelve a incluir a las mujeres en los estudios clínicos y recomienda un análisis de los resultados con enfoque de género en su publicación de la *Guía*

para el estudio y la evaluación de las diferencias de género en la evaluación de fármacos (Cabanillas-Monferrer y Giménez-Bonafé, 2022; López, 2022; Ruiz, 2009). Esa exclusión de las mujeres en los ensayos clínicos también fue debida, tal y como afirma López (2022), a la poca estabilidad que proporcionaban las mujeres debido a mayores cambios hormonales que los hombres, a altas tasas de abandono producidas por embarazos o interacciones con otros tratamientos como anticonceptivos. Otro sesgo en el ámbito de la investigación está provocado por una mayor investigación de las enfermedades que afectan más a los hombres debido a que la tasa de mortalidad en estos es mayor que en el caso de las mujeres y también a que la esperanza de vida es menor en los hombres, por lo que se asume que las enfermedades crónicas son más frecuentes y graves en los hombres ignorando que las mujeres presentan una mayor prevalencia de enfermedades no mortales (Cabanillas-Monferrer y Giménez-Bonafé, 2022).

En cuanto al diagnóstico, nuevamente el androcentrismo provoca que los síntomas válidos sean los de los hombres, sin tener en cuenta la sintomatología que puedan presentar las mujeres (Vázquez-Santiago y Garrido, 2016). Asimismo, en muchas ocasiones no llegan a realizarse pruebas diagnósticas por lo que el sesgo de género en el diagnóstico no se detectaría (Cabanillas-Monferrer y Giménez-Bonafé, 2022). Derivado de lo anterior, al no tener en cuenta los síntomas de las mujeres, los diagnósticos pueden haber sido erróneos y no pautar un tratamiento o terapia correctamente para las enfermedades o patologías (Vázquez-Santiago y Garrido, 2016).

Referente al sesgo social, este hace referencia a las condiciones sociales desiguales que presentan hombres y mujeres en base al género, es decir, en el caso de las mujeres se deben tener en cuenta las dobles o triples jornadas, el trabajo doméstico oculto, las tareas de cuidado y de reproducción, el rol que ejercen como cuidadoras, la brecha de género en el ámbito laboral o la falta de corresponsabilidades, entre otras cuestiones (Sánchez, 2018; Vázquez-Santiago y Garrido, 2016). Estas cuestiones influyen en el tiempo disponible, en el acceso y el uso de los servicios sanitarios (Sánchez-Recio et al., 2021).

El sesgo social a su vez también provoca que se acabe medicalizando el malestar social de las mujeres al convertirlo en algo físico y patologizarlo (Ruiz, 2009). Según Cabanillas-Monferrer y Giménez-Bonafé (2022), el consumo de fármacos psicotrópicos es más elevado en las mujeres que en los hombres. Esto puede estar ocasionado por una mayor prevalencia de trastornos psicológicos en las mujeres, porque tienden a quejarse más que los hombres o porque se ha normalizado el prescribir fármacos ante el mínimo síntoma psicológico (Cabanillas-Monferrer y Giménez-Bonafé, 2022; Ruiz, 2009).

Esto refleja que dentro de la medicina se sigue empleando un paradigma biomédico que ignora las causas sociales (Vázquez-Santiago y Garrido, 2016), por lo que cada vez se hace más claro y necesario emplear, basándose en la teoría biopsicosocial, una perspectiva de género que tenga en cuenta las diferencias entre hombres y mujeres no solo en base a su biología sino a las diferencias que pueden estar provocadas por la construcción social y cultural del género (López, 2022; Sánchez, 2018).

Para evitar los sesgos de género están surgiendo nuevas investigaciones que estudian los problemas de salud más comunes o específicos de las mujeres así como sus causas, manifestaciones y tratamientos óptimos (Woods y Tsui, 2014). En estos estudios se han incluido a su vez los determinantes de la salud que afectar en mayor medida a las mujeres englobados en factores biológicos, ambientales, psicológicos y socioculturales (López, 2022; Woods y Tsui, 2014). Entre estos factores se pueden encontrar desigualdades en el acceso a los recursos, pobreza y vulnerabilidad, distintas actitudes y valores, la percepción de la sintomatología o la naturaleza y frecuencia de los problemas de salud (Borrell y Artazcoz, 2008).

Una de las enfermedades donde más notable fue el sesgo de género en salud es el infarto de miocardio ya que durante mucho tiempo se creía que las mujeres eran menos propensas a sufrirlos, pero en realidad lo que estaba ocurriendo es que se infravaloraban los infartos en las mujeres debido a que la sintomatología era diferente a la de los hombres (López, 2022). Hoy en día ya se sabe que los síntomas de infarto en mujeres son náuseas, dolor en el estómago y dolor cerca del esternón que sube hasta la mandíbula, y además existen protocolos específicos desde el año 2007, cuando se publicó un artículo por parte de la Asociación Estadounidense del Corazón denominado “*Evidence-Based Guidelines for cardiovascular diseases prevention in women*” (López, 2022). Existen otras patologías que también se manifiestan de forma diversa en hombres y mujeres como otras enfermedades cardiovasculares, las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (o EPOC) o las espondiloartropatías (Ruiz, 2009). Como ejemplo se puede señalar que en el caso de las EPOC son las mujeres quienes poseen un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad pero sin embargo se sigue diagnosticando con mayor frecuencia a los hombres debido al estereotipo de que fuman más que las mujeres (Ruiz, 2009).

Lo que se hace patente es la necesidad de establecer estrategias incorporando las diferencias de género entre hombres y mujeres en las políticas públicas sanitarias, no solo aquellas a nivel biológico, para que todas las personas gocen de igual acceso a los recursos sanitarios y no se vea mermada su calidad de vida (López, 2022). El mecanismo de

incorporación de la perspectiva de género en las políticas se conoce con el anglicismo *mainstreaming* o transversalidad de género (Sánchez, 2018). En el caso de España, la perspectiva de género se ha incorporado dentro del *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud* (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007), concretamente en su Estrategia 4: “Analizar las políticas de salud y proponer acciones para reducir las inequidades en salud con énfasis en las desigualdades de género”. Por otro lado, en la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, se estipula en su artículo 27 la integración del principio de igualdad en la política de salud mediante la implantación de medidas que aborden las necesidades tanto de hombres como mujeres, medidas antidiscriminatorias en base a diferencias biológicas o estereotipos sociales y el fomento de la investigación.

Por tanto se puede decir que las propias instituciones reconocen la existencia de un sesgo de género dentro del ámbito sanitario y es necesaria la incorporación de la perspectiva de género para analizar e intentar suplir las desigualdades entre hombres y mujeres.

2.2. El paradigma de la neurodiversidad

En los últimos años ha habido un cambio de modelo en cuanto al trato hacia las personas con diversidad funcional o discapacidad (en adelante DF). Anteriormente a las personas autistas se les ha tratado y conceptualizado desde un discurso y modelo médico-rehabilitador desde el cual la vida de las personas con DF tendrá valor en tanto que puedan actuar y funcionar socialmente de forma “normalizada” y mayor será el éxito de dicha rehabilitación cuantas más destrezas y habilidades adquieran, es decir, se centra la atención en aquellas cosas que no son capaces de realizar con una actitud paternalista (Muyor, 2011; Palacios y Romañach, 2006). A partir de los años 60-70 surge el Movimiento de Vida Independiente que se basa en los principios de dignidad y diversidad para garantizar los Derechos Humanos de todas las personas, mediante la participación efectiva, directa y representativa de las personas con DF en los diferentes ámbitos (Muyor, 2011), y desde el cual se reclamaba que quienes más sabían de DF eran las propias personas con DF, acuñándose el lema «*Nothing about us without us*» (Palacios y Romañach, 2006). Gracias a dicho movimiento las personas autistas fueron organizándose al considerar que eran más que un diagnóstico, que eran diferentes pero no tenían discapacidad (Armstrong, 2012). Una de las primeras historias autobiográficas de

personas autistas fue la de Temple Grandin, publicada en 1986, y poco a poco han ido surgiendo más relatos de personas autistas (Happé y Frith, 2020).

Por ello, en la década de los 90 surgió el término “neurodiversidad” de la mano de la socióloga, activista y autista Judy Singer gracias a su publicación “*¿Por qué no puedes ser normal una vez en tu vida? De un "Problema sin nombre" para la emergencia de una nueva categoría de diferencia*” (Sánchez, 2020). Tras ello, este término se popularizó entre las personas autistas gracias a internet, que facilitó su difusión entre los grupos activistas y de autodefensa de los derechos de las personas autistas. La neurodiversidad hace referencia a las diferentes variaciones neurológicas que están presentes en los seres humanos (Legault et al., 2021). Otro de los autores pioneros en esta temática es Thomas Armstrong, quien en su libro titulado “*El poder de la neurodiversidad*” (2012) recoge 8 principios básicos acerca de la neurodiversidad:

1. El cerebro humano funciona como un ecosistema más que como una máquina.
2. Los seres humanos y los cerebros humanos existen a lo largo de espectros continuos de competencia.
3. La competencia del ser humano se define a partir de los valores de la cultura a la que pertenece.
4. El hecho de ser considerado discapacitado o dotado depende, en gran medida, de cuándo y dónde has nacido.
5. El éxito en la vida se basa en la adaptación del cerebro a las necesidades del entorno.
6. El éxito en la vida también depende de la modificación de tu entorno para ajustarlo a las necesidades de tu cerebro único (construcción de un nicho).
7. La construcción de nichos incluye elecciones profesionales y de estilos de vida, tecnologías de asistencia, recursos humanos y otras estrategias que mejoran la vida y se adaptan a las necesidades específicas del individuo neurodiverso.
8. La construcción positiva de nichos modifica directamente el cerebro que, a su vez, refuerza su capacidad para adaptarse al entorno.

Armstrong (2012) afirma que se tiende a medicalizar y patologizar a las personas, sin embargo desde la neurodiversidad se enfatizan positivamente esas diferencias. Desde el paradigma de la neurodiversidad se promueve el reconocimiento y la inclusión de la diversidad neurocognitiva (Legault et al., 2021). Surgen así varios nuevos términos que dividen a las personas según sus características neurológicas. Por un lado se encuentran las personas neurotípicas, es decir, aquellas cuyo perfil cognitivo se encuentra dentro de lo socialmente

establecido como norma. Por otro lado están las personas neuroatípicas o neurodivergentes, es decir, aquellas cuyo perfil cognitivo se desvía de esa norma (Legault et al., 2021). El conjunto de condiciones necesarias que estipulan lo que se considera un perfil neurocognitivo normal suelen basarse en razones médicas, económicas, morales o prácticas, y están establecidos por las personas neurotípicas (Legault et al., 2021).

El movimiento de la neurodiversidad se inició con personas autistas que presentan lenguaje verbal, pero hoy en día se han incluido otras personas neurodivergentes como las autistas que no presentan lenguaje verbal, las personas con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, con síndrome de Tourette, dislexia, disgrafía, discalculia, etc. (Sánchez, 2020).

Según Reaño (2019), se debe considerar la neurodiversidad como una categoría social similar al género, etnicidad u orientación sexual, entre otras. Para López (2012) el mismo proceso de no jerarquizar a las personas en base a sus diferencias culturales, sexuales o raciales debería seguirse también con la neurodiversidad. Esa es una de las luchas presentes en las personas autistas activistas por sus derechos, quienes quieren que se les reconozca como una minoría social con una forma diferente de procesar el mundo (Reaño, 2019), y que no hay una forma correcta o más válida que las demás (López, 2012). En muchas ocasiones, esta diferencia de comprensión del mundo se debe a que las personas neurotípicas, como ya se ha dicho, son quienes definen lo que está dentro de la norma, incluida la forma de interactuar socialmente. Tal y como afirman Legault et al. (2021), si las personas neurotípicas no se adaptan a las posibilidades sociales de interacción de las personas autistas se generan dificultades de comunicación, es decir, tal vez el problema no sea el supuesto déficit de comunicación de las personas autistas, sino que las personas neurotípicas son las que han creado las normas de comunicación y no están familiarizadas con las de las personas autistas. Por ejemplo, se pueden interpretar ciertos *stimmings* (o comportamientos autoestimulantes/autorreguladores) de las personas autistas como nerviosismo o evitar mirar a los ojos con mentir, cuando lo que realmente significa que la persona autista está evitando estímulos abrumadores para poder prestar más atención a la conversación (Legault et al., 2021). Dicho de otro modo, desde la neurodiversidad dejan de considerarse déficits para ser considerados como elementos funcionales (Baquerizo, 2013) y se debe intentar comprender la visión del mundo que tienen las personas autistas antes de tratar de explicarles cómo es la realidad que las personas neurotípicas consideran válida.

Desde el paradigma de la neurodiversidad, por tanto, las personas autistas reivindican su autismo como una forma de ser igualmente válida a la de las personas neurotípicas, y no como una enfermedad o patología que sufren (Happé y Frith, 2020; Stenning y Bertilsdotter, 2021), por ello se autodenominan personas autistas y no personas con autismo. De forma similar tampoco se identifican con el símbolo de la pieza del rompecabezas que se ha empleado hasta ahora. Para las personas autistas la pieza de rompecabezas representa algo que no se puede resolver, como un misterio (Legault et al., 2021). Por ello, desde hace un tiempo, varias personas activistas de redes sociales desde el paradigma de la neurodiversidad propusieron un nuevo cambio de símbolo que representase a las personas autistas. Así se llegó al símbolo del infinito arcoíris utilizado hoy en día para representar la neurodiversidad.

Sin embargo, surgen discrepancias en base a la neurodiversidad desde la perspectiva de las personas autistas y desde la de familias con menores autistas que presentan discapacidad intelectual, epilepsia o trastornos del lenguaje (Happé y Frith, 2020). La clave está en poder considerar las neurodiversidades como una forma de ser y no desde un trastorno o algo patológico mientras que se tratan el resto de coocurrencias que pueden estar asociadas al autismo.

Finalmente, y a modo de resumen, se debe decir que desde el paradigma de la neurodiversidad se busca defender los derechos de las personas neurodivergentes, que lo que está considerado como normal no es más que un constructo social impuesto por la mayoría de las personas que son las consideradas como neurotípicas, que todas aquellas conductas o actitudes que difieren de lo socialmente aceptado o dentro de la norma no tienen por qué considerarse déficits o síntomas de problemas, y que si el autismo no es una enfermedad sino una forma de ser no se debe buscar una cura.

2.3. Qué es el autismo

La primera vez que se empleó el término “autismo” fue en 1912, en un artículo publicado por el psiquiatra suizo Eugene Bleuler en el *American Journal of Insanity* (López et al., 2019). Pero no fue hasta décadas después, en 1943, cuando se produjo su clasificación médica de manos del Dr. Leo Kanner que llevó a cabo un estudio de once niños caracterizando así por primera vez el autismo infantil. De los once niños estudiados, ocho poseían capacidades lingüísticas pero no las empleaban, y los otros tres no hablaban. Además, todos ellos realizaban movimientos extraños como mecanismo de autoestimulación (López et al., 2019).

Paralelamente, Hans Asperger, científico austriaco, realizó una investigación similar que publicó en 1944 bajo el nombre *Die "Autistischen Psychopathen" in Kindesalter* empleando el término psicopatía autista (Macías et al., 2014). En su caso, los niños que observó el Dr. Asperger mostraban intensos intereses inusuales, apego por algunos objetos, rutinas repetitivas y aislamiento social. Además, todos ellos hablaban, y cuando se trataba de su área de interés lo hacían de forma muy técnica (López et al., 2019). Sin embargo, debido a que la investigación estaba escrita en alemán, no fue hasta 1981, gracias a Lorna Wing, cuando se reconoció el Síndrome de Asperger, condición similar al autismo, pero con ciertas diferencias (López et al., 2019; Macías et al., 2014).

Muchas otras personas se han interesado por el autismo desde entonces, información que se recoge ordenada por áreas o temas de interés en los siguientes subapartados de forma más exhaustiva.

2.3.1. Definición del autismo

Atendiendo a la etimología, el término "autismo" deriva de "*autós*", que en griego significa "propio, uno mismo" (López et al., 2019). Según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, por sus siglas en inglés), que utiliza el término TEA, en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5, lo define como un trastorno del neurodesarrollo que presenta dificultades en la interacción social, la comunicación, el procesamiento sensorial y la flexibilidad, así como intereses restringidos y repetitivos y conductas estereotipadas (American Psychological Association [APA], 2013). En el manual anterior (DSM-IV) el autismo se incluía en el grupo de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) junto con el síndrome de Asperger, el síndrome de Rett, el trastorno desintegrativo infantil y el trastorno generalizado del desarrollo no identificado (Binelli et al., 2013). En la clasificación actual del DSM-5 se ha modificado la nomenclatura de TGD a TEA excluyendo el trastorno desintegrativo infantil por problemas de validez científica, y el síndrome de Rett al tener una base genética diferente al TEA (Grosso, 2021).

En la anterior versión del DSM (DSM-IV) se hacía referencia a un autismo de alto o de bajo funcionamiento, pero actualmente se habla de un sistema de clasificación dimensional (Binelli et al., 2013) ya que, a pesar de la presencia de unos criterios básicos, existe una heterogeneidad en la manifestación de los rasgos autistas que muestra cada persona (Evans et al., 2019) diferenciándose por el nivel y cantidad de apoyos que necesitan en cada área.

Además, el autismo no siempre va ligado a una discapacidad intelectual o problemas de desarrollo (Montagut et al., 2018).

Otro instrumento que suele emplearse para clasificar el autismo es la Clasificación Internacional de Enfermedades y trastornos relacionados con la Salud Mental (CIE), publicada por la OMS (2018a), que en su actual versión, CIE-11, también ha actualizado recientemente la definición del autismo de forma muy similar a la del DSM-5 (Vidriales et al., 2018). Las diferencias entre ambos manuales es que en la CIE-11 se eliminan los criterios relativos al lenguaje y distingue entre el autismo con y sin discapacidad intelectual (Grosso, 2021).

El autismo suele aparecer en la infancia (Kopp y Gillberg, 2011; López y Pereira, 2021), aunque la edad de inicio de los rasgos autistas es muy variada, y es una condición crónica, es decir, para toda la vida (López y Pereira, 2021; Posada y Canal-Bedia, 2021). Actualmente no se conoce la causa, pero sí que existe una implicación genética y de los factores ambientales (Kopp y Gillberg, 2011; Vidriales et al., 2018).

2.3.2. Instrumentos diagnósticos

En el proceso de diagnóstico del autismo se pueden emplear diversas pruebas estandarizadas y validadas, pero hay algunas de ellas que son las más comunes. A continuación se exponen las más relevantes.

La primera de ellas es la Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo, segunda edición (ADOS-2), considerada como el instrumento “estándar de oro” para la evaluación de las personas autistas ya que es la que más efectividad demuestra. Mediante el ADOS-2 se observa la interacción social, la comunicación y el uso imaginativo en varias tareas según la edad de la persona. Al final se obtiene una puntuación total que representa la probabilidad de ser autista y aquellas áreas en la que se necesitan apoyos (Evans et al., 2019; Macías et al., 2014).

La segunda prueba más utilizada es la Entrevista para el Diagnóstico del Autismo (versión Revisada) (ADI-R), que consiste en una entrevista realizada a las personas cuidadoras, familiares cercanos o la propia persona para conocer qué conductas relacionadas con el autismo están y han estado presentes a lo largo de su vida (Klin et al., 2015; Macías et al., 2014).

También está el Cuestionario de Comunicación Social (SCQ), que consiste en una lista de 40 preguntas dicotómicas de Sí/No sobre rasgos autistas relativos a la comunicación, la

interacción social y comportamientos restringidos, repetitivos y estereotipados (Evans et al., 2019). A mayor puntuación mayor probabilidad de que la persona sea autista. Esta escala suele emplearse como prueba de cribado previa a ADOS-2 y/o ADI-R.

Por otro lado, el Cuestionario de Cribaje para el Espectro Autista (ASSQ) se creó inicialmente para diagnosticar el síndrome de Asperger en la infancia. Actualmente se ha demostrado que es válido y fiable para todas las personas autistas (Kopp y Gillberg, 2011). Consta de 27 ítems con respuestas de Sí/Algo/No que deben completarse por las personas cuidadoras o familiares muy cercanos. Kopp y Gillberg (2011) desarrollaron 18 nuevos ítems enfocados en el fenotipo autista en las mujeres, el ASSQ-GIRL. Al combinar los cuestionarios ASSQ y ASSQ-GIRL se obtiene un nuevo cuestionario de 45 ítems denominado ASSQ-Versión Extendida Revisada (ASSQ-REV).

Aparte de todas las escalas existentes para poder diagnosticar el autismo, en los últimos años se han ido planteando métodos alternativos en base a una de las características del autismo, el contacto ocular (Mestas et al., 2016), esperando que si se demuestra su eficacia se pueda emplear en un futuro. Una de las cualidades que poseen muchas de las personas autistas es la dificultad para mantener la mirada mientras hablan con otras personas. Mestas et al. (2016) afirman que numerosos estudios han empleado la tecnología de seguimiento ocular en personas autistas detectando anomalías en sus miradas, que pueden estar relacionadas con la capacidad de comunicación. Estas técnicas pueden ser muy útiles a la hora de realizar diagnósticos tempranos.

2.3.3. Señales de alerta y características principales

A pesar de que se presupone que el autismo tiene causas genéticas, aun se sigue diagnosticando a través de la conducta (Klin et al., 2015; Kreiser y White, 2014). Como ya se ha comentado, una de las áreas en las que las personas autistas pueden tener dificultades es en la interacción social, como por ejemplo a la hora de mantener relaciones con personas de su entorno educativo o laboral, problemas a la hora de establecer y mantener amistades, prestar poca atención a otras personas, no mantener el contacto visual, evitar el contacto físico, dificultades para comprender el contexto, no saber cómo iniciar o finalizar una conversación, poca tolerancia a la frustración y/o carencia de juego simbólico, entre otras (Hervás, 2016; Ketelaars et al., 2017; Klin et al., 2015; López y Pereira, 2021; López et al., 2019; Mestas et al., 2016; Vidriales et al., 2018).

Por otro lado, también se encuentran características relacionadas con la comunicación y el lenguaje. Algunas personas autistas no poseen lenguaje verbal y deben hacer uso de sistemas alternativos y/o aumentativos de comunicación, como el lenguaje bimodal o pictogramas (Vidriales et al., 2018); otras presentan ecolalias, algunas pueden dejar de hablar durante largos periodos, les cuesta entender la comunicación no verbal como gestos o expresiones faciales (López y Pereira, 2021; López et al., 2019; Vidriales et al., 2018), no captan las ironías o los dobles sentidos, y en muchas ocasiones el lenguaje es unilateral (Montagut et al., 2018), por lo que no son capaces de mantener una conversación real ya que no captan la totalidad de la información y pueden no entender la intención de la o las otras personas (Hervás, 2016).

Otra de las manifestaciones típicas se da en el ámbito sensorial. Aunque hasta el DSM-5 no se recogían como un síntoma diagnóstico, muchas personas autistas presentan hipo o hipersensibilidades (Hervás, 2016; López et al., 2019;) que pueden generar malestar frente a ciertos sonidos o ruidos, luces, sabores o texturas de alimentos que provocan una alimentación restringida (Vidriales et al., 2018); pueden no sentir sed, hambre o ganas de ir al baño; problemas con ciertas prendas de ropa y en ocasiones indiferencia frente al dolor (Montagut et al., 2018). Las hipo o hipersensibilidades no solo generan malestar, sino que las personas autistas también pueden sentir fascinación por objetos brillantes, con movimiento circular o giratorio, por algunas texturas u objetos sensoriales (Vidriales et al., 2018).

Finalmente, existen una serie de características relativas a los intereses restringidos y movimientos repetitivos denominados estereotipias o *stimmings* que emplean para calmarse o autorregularse o cuando se sienten muy emocionados (López y Pereira, 2021; López et al., 2019). Ejemplos de *stimming* pueden ser el caminar de puntillas, girar, saltar o balancearse, no poder estar quietos o sentados en la misma posición durante mucho tiempo o aleteos con las manos (López et al., 2019; Vidriales et al., 2018). En este grupo también se incluye la inflexibilidad de pensamiento que puede provocar problemáticas conductuales (Hervás, 2016). Todas estas conductas interfieren en la vida de las personas autistas ya que ciertas conductas si no las realizan les provoca malestar.

Todas estas dificultades pueden manifestarse desde una edad muy temprana, aunque la intensidad de estas características puede ser diferente en cada persona (Klin et al., 2015) en función de sus habilidades funcionales y variables genéticas, ambientales, cognitivas y sociales (Morales et al., 2021). Por lo que hay que prestar atención a posibles señales de alerta para poder realizar una intervención de la mejor forma posible (López y Pereira, 2021). En gran

parte de personas autistas los rasgos autistas empiezan a hacerse notables entre los 18 y los 24 meses (Klin et al., 2015; López et al., 2019), sin embargo existen características autistas que se manifiestan de forma precoz sobre los 6 meses como la desaparición de la sonrisa social y la disminución de vocalizaciones hacia las personas, y sobre los 15 meses se empiezan a hacer evidentes dificultades en la sociabilización (Hervás, 2016). Las conductas repetitivas surgen a partir de los dos años, por lo que puede haber menores a los que se le diagnosticaron trastornos de la comunicación previamente y tengan que cambiar el diagnóstico a autismo.

Albores-Gallo et al. (2008) recogieron una serie de dificultades que pueden impedir la detección precoz del autismo. Entre estas dificultades se encuentran las variaciones existentes en cuanto a la presencia del lenguaje, que puede estar todavía desarrollándose en esas edades; la presencia de rasgos autistas que pueden estar compartidos con otros trastornos, como por ejemplo los movimientos estereotipados que también se observan en el trastorno obsesivo compulsivo (TOC); problemas para entrevistar a menores; o la falta de conocimiento sobre el autismo en profesionales sanitarios o profesionales de la educación infantil, ya que al pasar tanto tiempo en las escuelas estas personas podrían identificar señales de alerta si fuesen conocedoras de estas.

Todo ello hace que las características de autismo en menores no se detecten hasta los 3 años, aunque pueda haber sospechas desde los 18 meses de edad (Mestas et al., 2016). Sin embargo, puede que no haya manifestaciones de rasgos autistas hasta edades posteriores en las que las demandas y exigencias sociales superen las capacidades que presentan las personas autistas y empiecen a mostrarse sus limitaciones (Rynkiewicz et al., 2016). Esto a su vez provoca retrasos en la atención temprana, que consiste en una intervención mediante actividades para potenciar las capacidades de las personas en la infancia y fomentar así la independencia en un futuro (Mestas et al., 2016). Esta intervención se debe llevar a cabo por equipos multidisciplinares que además incluyan a la familia y el entorno educativo, ya que cada menor presenta unas características diferentes debido a la heterogeneidad del autismo. Tal y como afirman Mestas et al. (2016), es necesario dotar a las personas autistas de herramientas y competencias sociales para ayudarles en la comunicación, la gestión de emociones y el lenguaje. Debido a la gran variabilidad y diversidad de manifestaciones del autismo se debe realizar un abordaje en todas las áreas de la vida de las personas para mejorar su bienestar (Vidriales et al., 2018), sin olvidarse de la perspectiva de género ya que, como se verá más adelante son muchas las diferencias entre mujeres y hombres autistas.

Otra de las problemáticas ligada a las características principales del autismo guarda relación con aquellas personas que no necesitan tantos apoyos en las diferentes áreas (Gesi et al., 2021). Es más difícil diagnosticar a una persona que ha aprendido a interactuar con otras mediante la observación de las conductas que son socialmente aceptadas, o que intenta ocultar sus *stimmings*. Debido al malestar, angustia o ansiedad que les genera el no saber cómo actuar en determinadas situaciones sociales o adaptarse a los cambios imprevistos deben adecuar su comportamiento (Vidriales et al., 2018).

Las características del autismo, tal y como exponen (Vidriales et al., 2018), no solo suponen dificultades para las personas autistas. El hecho de necesitar rutinas en su día a día les hace ser muy meticulosas. Además, el tener comportamientos y formas de pensar tan rígidas les ayuda a la hora de seguir pautas o normas. Por otro lado, muestran mucha atención a los detalles, lo que les favorece en tareas mecánicas y repetitivas. En cuanto a los intereses restringidos hacen que las personas autistas tengan un gran conocimiento sobre ciertos temas específicos que les motivan y les generan curiosidad. Asimismo, el hecho de no comprender las ironías, los dobles sentidos, las metáforas y el lenguaje no literal en conjunto supone que las personas autistas no mientan ni engañen con maldad, sino que sean honestas y tomen las decisiones objetivamente.

2.3.4. Epidemiología y prevalencia

En las últimas décadas ha habido un aumento de la prevalencia del autismo (Amor y Parra, 2019). Zablotsky et al. (2017, como se citó en Posada y Canal-Bedia, 2021) afirman que este aumento ha sido del 700%. Si tenemos en cuenta los datos de la revisión sistemática realizada por Zeidan et al. (2022), que recoge la cifra más actual de prevalencia por el momento, calculan que 1 de cada 100 personas es autista. Esta prevalencia puede variar según factores socioeconómicos, raciales y demográficos. En el caso de la población española no existen datos epidemiológicos, pero un estudio llevado a cabo por Morales-Hidalgo et al. (2018) en la provincia de Tarragona con 5555 menores reveló que la prevalencia en edad preescolar era de un 1,55% y de un 1% en edad escolar, acercándose así a la prevalencia que indican la mayoría de estudios.

Son diversas las hipótesis que pueden explicar el aumento de la identificación de personas autistas en los últimos años. El primero de ellos es el cambio de definición del autismo en los manuales diagnósticos DSM-5 y CIE-11 englobando diversas condiciones que antes se

contabilizaban por separado, como ya se ha comentado con anterioridad. También se cree que puede ser debido al aumento de la conciencia pública sobre el autismo y las mayores tasas de derivación a profesionales de la salud que puedan realizar los diagnósticos (Kreiser y White, 2014). Pese a haberse aumentado las consultas a profesionales, en muchas ocasiones suelen demorarse si los rasgos autistas no son claros, retrasando el diagnóstico hasta cinco años como mínimo en el caso de menores (Klin et al., 2015) y ocho años en la edad adulta (Gesi et al., 2021). Según un estudio realizado por Sampedro-Tobón et al. (2013) en España descubrieron que aunque la edad media de detección por parte de la familia es alrededor de los 22 meses no es hasta los pasados los 4 años cuando se realiza el diagnóstico final. Con la clasificación anterior del DSM-IV en la que todavía existía en síndrome de Asperger la edad media de inicio de las sospechas era a los 36 meses y el diagnóstico se recibía sobre los 9 años y medio. En cuanto a las personas profesionales que realizan estos diagnósticos, en un 35,7% de las ocasiones fueron del área de la neurología infantil, el 31% del área de la psicología, el 11,9% de fonoaudiología, 4,8% de pediatría y un 2,4% de psiquiatría (Sampedro-Tobón et al., 2013).

2.3.5. Coocurrencias en el autismo

En el presente trabajo se va a hablar de coocurrencias ya que desde el paradigma de la neurodiversidad se emplea este término y no el de comorbilidades puesto que este último implicaría asumir el autismo como una enfermedad asociando dos o más patologías. La coocurrencia en cambio alude a una relación de interdependencia entre dos o más acontecimientos.

Aproximadamente dos de cada tres personas autistas suelen presentar coocurrencias, siendo esta cifra superior a la población general (Maradiaga y Calvo, 2021). Concretamente, las personas autistas que presentan una única coocurrencia son el 70%, y un 40% en el caso de dos o más coocurrencias (Gesi et al., 2021; Montagut et al., 2018). Influyen diversos factores como la presencia de discapacidad intelectual, la atención temprana e intervención precoz, el nivel de apoyo necesario en las diversas áreas y el desarrollo del lenguaje (Binelli et al., 2013).

La mayoría suelen presentar trastornos de ansiedad, trastornos del sueño, TOC, trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH), trastornos de conducta y/o depresión (Binelli et al., 2013; García-Villamizar, 2017; Maradiaga y Calvo, 2021). Examinando algunos de estos trastornos de forma individual, en el caso de la depresión el porcentaje de personas autistas con depresión oscila entre un 1,4% y un 70%. Por su parte, la

ansiedad afecta a entre el 13,6% y el 84,1% de personas autistas (García-Villamisar, 2017). Dentro de los trastornos de conducta el que mayores coocurrencias presenta en las personas autistas, sobre todo en las niñas y mujeres, son los trastornos de conducta alimentaria, con un 27% (García-Villamisar, 2017). Por otro lado, el estudio de Gesi et al. (2021) reveló los siguientes porcentajes de coocurrencia: en el 31,1% de las personas autistas presentan trastornos del estado de ánimo, al 8,2% se les diagnosticó TOC, al 4,9% TDAH, al 16,4% trastorno de ansiedad, un 6,6% recibieron diagnóstico de trastorno alimentario y un 19,7% de otros problemas clínicos como trastornos del sueño o problemas de conducta.

En el caso de menores las coocurrencias más frecuentes son el TDAH, trastornos del desarrollo o discapacidad intelectual ya que en la infancia sus características pueden ser muy similares (Sampedro-Tobón et al., 2013).

Uno de los problemas que pueden suponer los altos porcentajes de coocurrencias en personas autistas son los diagnósticos erróneos debido a la semejanza con otros trastornos. Gesi et al. (2021) encontraron que entre las mujeres que reciben diagnósticos erróneos el más común es el trastorno de personalidad (80%), seguido del trastorno de ansiedad y del trastorno del espectro psicótico (10% en ambos casos); en el caso de los hombres mal diagnosticados el 57,1% recibió diagnóstico de TDAH, el 28,6% de trastorno del espectro psicótico y un 14,3% con problemas de comportamiento.

2.3.6. Autismo en la edad adulta

La realidad de las personas adultas autistas tiene semejanzas y diferencias con lo expuesto hasta el momento. En lo relativo a la prevalencia es similar a la que existe en la infancia y juventud (Amor y Uribe, 2019). Aunque los diagnósticos de autismo en la edad adulta suelen ser más escasos (Amor y Parra, 2019) en los últimos años han aumentado su relevancia en el ámbito sanitario (García-Villamisar, 2017) y se están empezando a realizar seguimientos desde los servicios de salud mental y realizando diagnósticos a personas que no fueron identificadas en la infancia (Binelli et al., 2013) ya que antes los criterios eran más restrictivos y actualmente gracias a la nueva definición del DSM-5 se aborda el autismo como un espectro heterogéneo (García-Villamisar, 2017). Además, en el caso de las mujeres, muchas están empezando a sospechar que podrían ser autistas y aunque se sabe que la prevalencia es mucho menor que en los hombres esta relación hombre:mujer puede que disminuya en la edad adulta porque no fueron diagnosticadas en la infancia (Kopp y Gillberg, 2011), pudiendo haber

recibido diagnósticos erróneos como por ejemplo ansiedad o depresión (Merino et al., 2020). Según Merino et al. (2020), las mujeres adultas se plantearon que podían serlo leyendo información por internet o tras haber recibido el diagnóstico de sus hijos.

Respecto a la influencia de las coocurrencias, las personas autistas adultas tienen mayores niveles de ansiedad y depresión producidos por las adversidades sociales que se encuentran en el día a día y porque su respuesta a situaciones de estrés es mayor (López et al., 2019). Pese a que han desarrollado mecanismos de adaptación a algunas dificultades sociales, continúan manifestando dificultades frente a situaciones nuevas o poco conocidas en las que no cuentan con apoyos (Montagut et al., 2018).

Todo esto puede generar dificultades ya que hasta hace poco el autismo era una condición desconocida en las personas adultas y los servicios no están familiarizados con ello (Gesi et al., 2021; Posada y Canal-Bedia, 2021), incrementándose estas dificultades en el caso de las mujeres autistas ya que los servicios profesionales especializados en autismo femenino son escasos (Merino et al., 2020).

2.4. Trastorno del Espectro Autista en mujeres

En este subapartado se pretende reflejar la relevancia que tiene investigar el autismo en mujeres ya que existen diferencias en cuanto a los hombres, no solo en la prevalencia, sino también en el proceso diagnóstico y en la manifestación de los rasgos autistas. Si no se conocen este tipo de diferencias y los sesgos que esto provoca se seguirán produciendo situaciones discriminatorias para las mujeres y niñas autistas.

Se debe destacar que, según el dato aportado por Reaño (2019), uno de los primeros autores que planteó por primera vez las diferencias de género en el autismo fue el psicólogo Simon Baron-Cohen, quien estudió las diferencias entre el cerebro masculino y el femenino de las personas autistas.

2.4.1. El diagnóstico de autismo en las mujeres

Se ha visto que la prevalencia del autismo en la población general es de un 1%. Sin embargo, si se realiza una distinción por género la prevalencia masculina es mucho mayor. Esto ya se observaba desde los estudios realizados por Kanner y Asperger (Kreiser y White, 2014; Ruggieri y Arberas, 2016). Además, no solo el autismo tiene una mayor prevalencia en

hombres que en mujeres, otros trastornos de conducta o trastornos del desarrollo como TDAH o dislexia son menos frecuentes o menos diagnosticados en mujeres (Goldman, 2013).

Todavía no están claras las razones por las que existen diferencias de género en la proporción de los diagnósticos de personas autistas. Goldman (2013) recoge algunas suposiciones como por ejemplo que los niños que han estado expuestos a infecciones, estrés o desnutrición tienen mayor riesgo de sufrir mutaciones genéticas relacionadas con el autismo. En el caso de las niñas estos factores les pueden afectar menos gracias a una mayor exposición a hormonas sexuales femeninas y a oxitocina. Por otro lado, la teoría del cerebro masculino extremo de Baron-Cohen (2002), alude a que la exposición a niveles de testosterona prenatales puede predecir características del autismo a nivel cognitivo y conductual. No obstante, una investigación realizada por Kung et al. (2016) no encontró relación, por lo que afirman que la teoría manifestada por Baron-Cohen puede no ser cierta ni válida. Asimismo, Fulton et al. (2017) hacen referencia al Efecto Protector Femenino (FPE), que sugiere que las mujeres necesitan poseer mayor carga genética de factores relacionados con el autismo para ser autistas.

En la mayoría de estudios sobre autismo la proporción entre hombres y mujeres es de 4:1 (Dillon et al., 2021; Fulton et al., 2017; García et al., 2020; Goldman, 2013; Guerra et al., 2019; Harrop et al., 2014; Hervás, 2016; Ketelaars et al., 2017; Kopp y Gillberg, 2011; Kreiser y White, 2014; Lai et al., 2015; Loomes et al., 2017; Montagut et al., 2018; Rynkiewicz et al., 2016), aunque en ocasiones difiere entre un rango de 1:1 hasta 16:1. Esta variación tan amplia se debe en gran parte a la función cognitiva, y sobre todo a la presencia o no de discapacidad intelectual (Goldman, 2013; Kopp y Gillberg, 2011; Kreiser y White, 2014). Diversos estudios recogen que a mayor funcionamiento intelectual la proporción entre hombres y mujeres aumenta y cuando disminuye el cociente intelectual la proporción prácticamente se iguala (Goldman, 2013; Guerra et al., 2019; Harrop et al., 2014; Lai et al., 2015; Montagut et al., 2018; Ruggieri y Arberas, 2016). Por tanto, las mujeres con coeficientes intelectuales más altos pueden generar confusión en las pruebas diagnósticas y sufrir diagnósticos erróneos (Guerra et al., 2019).

No obstante, hay estudios recientes que afirman que la proporción en la población general está disminuyendo a 3:1 (Beggiato et al., 2017; Rynkiewicz et al., 2016). Esto puede deberse a un aumento de los diagnósticos tanto en general como de las mujeres (Dillon et al., 2021; Kreiser y White, 2014), lo que puede significar que hubiese numerosas mujeres que no fueron diagnosticadas (García et al., 2020). Jensen et al. (2014) recogieron datos de una investigación danesa que evidenciaba la disminución de la proporción de género debida a un

aumento en el reconocimiento de las mujeres autistas y no un descenso de los diagnósticos masculinos, lo que justifica diferencias en el autismo entre hombres y mujeres.

No solo el género influye en los diagnósticos de autismo. La edad también es un factor que interviene. Según Dillon et al., (2021), cuanto mayores eran las mujeres menor era la proporción de hombres. Todas estas variables hacen que se tarde más en diagnosticar a las mujeres autistas o incluso no se las llegue a diagnosticar y que por ello no puedan recibir la intervención necesaria a tiempo así como perder apoyos y tener dificultades de acceso a algunos servicios (Fulton et al., 2017; Hervás, 2016; Kreiser y White, 2014). Además, las niñas y mujeres autistas que no llegan a ser diagnosticadas se enfrentan a situaciones estresantes que no entienden o se sienten confusas al no encajar y sentirse diferentes a otras personas, culpabilizándose por ello (Kreiser y White, 2014) afectando a su salud mental y bienestar llegando incluso a autolesionarse o a presentar comportamientos suicidas (Morales-Hidalgo et al., 2021). Por lo tanto, se puede decir que pertenecer al género femenino puede ser un factor de riesgo en cuanto al autismo. Goldman, (2013) afirma que los diagnósticos de autismo también pueden estar influidos por aspectos cualitativos como el propio proceso diagnóstico clínico y el comportamiento.

2.4.2. Dificultades para el diagnóstico de autismo en mujeres y niñas

Que la proporción de mujeres y niñas diagnosticadas es menor que la de hombres y niños es algo evidente, pero además pueden existir otras dificultades diagnósticas. Ya se ha visto que el autismo no tiene únicamente una base genética y biológica como por ejemplo el párkinson o el síndrome de Down, sino que se diagnostica fundamentalmente mediante características conductuales observadas por profesionales que, a su vez, se rigen por unas puntuaciones obtenidas en los instrumentos diagnósticos.

El problema radica en que prácticamente la totalidad de instrumentos diagnósticos se han estandarizado con grupos de personas del género masculino, por lo que pueden no ser sensibles a la hora de identificar a personas del género femenino (Goldman, 2013; Jamison et al., 2017; Ketelaars et al., 2017; Kopp y Gillberg, 2011; Lai et al., 2015). No solo las herramientas e instrumentos se han construido en base muestras masculinas sino que los criterios diagnósticos también están influenciados por el género masculino ya que la gran parte de evidencia científica del autismo se ha realizado desde una perspectiva androcéntrica (Morales-Hidalgo et al., 2021), es decir, proviene de investigar únicamente a niños y hombres

(Dillon et al., 2021; Evans et al., 2019; Guerra et al., 2019; Kreiser y White, 2014; Rynkiewicz et al., 2016). Una revisión realizada por Thompson et al., (2003) descubrió que aproximadamente el 80% de los artículos que investigaban el autismo se basaban en muestras masculinas. Al mismo tiempo, Harrop et al. (2014) afirman que en las investigaciones que incluyen a mujeres y niñas autistas los tamaños de muestra son muy pequeños e incluyen una amplia variabilidad de edad, por lo que los resultados que se obtienen son difíciles de generalizar. Por lo tanto, los hombres y niños autistas pueden tener mayor probabilidad que las mujeres y niñas de que se reconozcan sus rasgos autistas en los procesos diagnósticos (Beggiato et al., 2017; Dillon et al., 2021). Se crea por tanto un círculo vicioso en el que las investigaciones de muestras masculinas generan una evidencia que se emplea para modificar los criterios diagnósticos de forma sesgada, y esto a su vez sirve para crear instrumentos y herramientas diagnósticas sesgadas.

Según Goldman, (2013), la puntuación que recogen algunos instrumentos diagnósticos como por ejemplo en ADI-R y ADOS-2 puede verse influida por el comportamiento que se espera de la infancia en base a su género. En el caso del ADI-R las familias participan en los procesos diagnósticos, por lo que Beggiato et al. (2017) y Montagut et al. (2018) afirman que la interpretación que éstas hagan de la manifestación de los rasgos autistas de los menores puede verse condicionada por estas expectativas diferentes entre niños y niñas. A su vez, a la hora de evaluar el área comunicativa, las familias pueden únicamente basarse en la comunicación verbal sin considerar la comunicación no verbal alterando así las puntuaciones obtenidas en las herramientas diagnósticas (Rynkiewicz et al., 2016). Beggiato et al. (2017) concuerda con Goldman (2013) al afirmar que el ADI-R no tiene en cuenta las diferencias de género en cuanto a la expresión de los rasgos autistas, ya que, según Dillon et al. (2021) el ADI-R suele emplearse en la infancia, que es la etapa en la que las niñas autistas presentan menores rasgos autistas. Además, cuando se estableció la validez diagnóstica de esta herramienta se hizo con muestras de entre cuatro a siete hombres por cada mujer y lo mismo sucedió en el caso del ADOS-2 con ocho mujeres y 71 hombres (Kreiser y White, 2014). Lai et al. (2011) encontraron que, en una muestra de 29 mujeres autistas y 33 hombres autistas que ya habían sido diagnosticados por profesionales, solo un 20,7% de las mujeres fueron clasificadas como autistas al aplicar el ADOS en comparación con el 57,6% de los hombres. Según Loomes et al. (2017) se han encontrado casos de mujeres y niñas autistas que al medir los rasgos autistas que presentan obtienen puntuaciones elevadas, pero que, sin embargo, al evaluarlas de forma metódica en base a los criterios diagnósticos actuales no serían

diagnosticadas con autismo. Por ende, se debe investigar si este hecho es provocado por el sesgo de género presente en los criterios diagnósticos o porque realmente no sean autistas y sus características puedan englobarse en otros trastornos como ansiedad, depresión o trastornos del desarrollo (Loomes et al., 2017).

Existen otros instrumentos diagnósticos como el Cociente de Espectro Autista (AQ) y el Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ) también suelen presentar sesgos de género (Ketelaars et al., 2017). Para intentar evitar el sesgo de género en los diagnósticos se han ido creando nuevas escalas e instrumentos para capturar mejor las especificidades presentes en las mujeres y niñas autistas (Kopp y Gillberg, 2011), como el ASSQ-GIRL mencionado con anterioridad, la Escala de Respuesta Social (SRS) (Beggiato et al., 2017) o el Girls Questionnaire for Autism Spectrum Condition (GQ-ASC) (Brown et al., 2020)

Además, se ha constatado que si las mujeres no presentan problemáticas adicionales (Ketelaars et al., 2017) que pueden ser de tipo conductual o cognitivo como por ejemplo discapacidad intelectual (Beggiato et al., 2017; Dillon et al., 2021; Lai et al., 2015; Ruggieri y Arberas, 2016; Vidriales et al., 2019), otros trastornos del neurodesarrollo, ansiedad, depresión (Lai et al., 2015), así como rasgos autistas con altas necesidades de apoyo en alguna o diversas áreas (Jamison et al., 2017) tienen menores probabilidades que los hombres de ser diagnosticadas. Es decir, la gran parte de las mujeres necesitan mostrar rasgos autistas más graves que los hombres (Kreiser y White, 2014) o presentar una discapacidad intelectual (Hervás, 2016; Montagut et al., 2018) para ser diagnosticadas, ya que, de forma general, los hombres autistas tienden a externalizar más los rasgos autistas (Fulton et al., 2017). Según Kopp y Gillberg (2011), en un estudio realizado a 100 niñas autistas se demostró que aquellas con un coeficiente intelectual más bajo tenían mayores probabilidades de permanecer sin recibir un diagnóstico de autismo.

Asimismo, las mujeres poseen una mejor capacidad de enmascarar los rasgos autistas (Dillon et al., 2021; Gesi et al., 2021; Lai et al., 2015; Vidriales et al., 2019), hecho que se ha denominado teoría del camuflaje o de la compensación (Dworzynski et al., 2015; Lai et al., 2015; Mandy et al., 2012). Esta teoría presupone que las mujeres autistas aprenden las reglas de interacción social y mediante la imitación desarrollan la capacidad de ocultar sus rasgos autistas (Evans et al., 2019; Fulton et al., 2017; Rynkiewicz et al., 2016). Un estudio de Ruggieri y Arberas (2016) halló que las mujeres que se autodiagnosticaban mediante la escala Cociente de Espectro Autista (AQ) obtenían mayores puntuaciones que los hombres, pero al ser evaluadas a través del ADOS-2 las puntuaciones eran menores que la de los hombres, lo

que sugiere que las mujeres empleaban estrategias de camuflaje dificultando los diagnósticos. Por ejemplo, una mujer puede tener la capacidad de mantener una conversación simple en los procesos diagnósticos, mientras que pueden tener más dificultades en otros contextos donde la interacción social sea más compleja (Kreiser y White, 2014). Además, con el paso del tiempo les resulta más complicado a las mujeres camuflar sus rasgos autistas (Montagut et al., 2018).

Todo ello ocasiona que la edad de diagnóstico sea más tardía en las mujeres (Jamison et al., 2017; Ketelaars et al., 2017; Lai et al., 2015; Rynkiewicz et al., 2016; Vidriales et al., 2019), con una media de entre 4 meses propuesta por Dillon et al. (2021) y 1,8 años según Montagut et al. (2018), ya que pasan desapercibidas o se las diagnostica erróneamente (García et al., 2020). En la adolescencia puede ser especialmente problemático ya que las expectativas sociales aumentan y las jóvenes autistas se enfrentan a mayores desafíos, ocasionando ansiedad y/o problemas del estado de ánimo (Jamison et al., 2017) debido a la necesidad de tener que adaptarse a las nuevas demandas sociales que no estaban presentes en la infancia (Montagut et al., 2018), por lo que sus perfiles sensoriales son más atípicos que los de los jóvenes autistas (Rynkiewicz et al., 2016). Esto provoca que en los centros educativos, donde se pasa la mayor parte de la infancia y la adolescencia, las personas educadoras no sean capaces de detectar aquellos rasgos autistas en las niñas y jóvenes, ya que este fenotipo femenino es más desconocido, por lo que este desconocimiento influye en la práctica clínica ya que se realizan menos derivaciones a profesionales para que realicen los diagnósticos (Loomes et al., 2017). Por tanto, es necesario que no solo las personas educadoras, sino todo el personal de los centros educativos, esté debidamente informado acerca de los rasgos autistas que pueden estar presentes en las niñas y jóvenes, comparándolas a su vez con sus pares neurotípicas y no únicamente con niños y jóvenes autistas, debido a que las expectativas sociales difieren entre los diversos géneros (Kreiser y White, 2014; Loomes et al., 2017).

Otra dificultad a la hora de diagnosticar a mujeres y niñas puede surgir por la existencia de un sesgo de género presente en las personas profesionales que realizan los diagnósticos (Fulton et al., 2017; Goldman, 2013; Montagut et al., 2018), que puede influir negativamente en los diagnósticos de mujeres y niñas en este caso (Kreiser y White, 2014). Este sesgo es debido, tal y como explican Kreiser y White (2014) y Loomes et al. (2017), a la expectativa que se genera al creer que hay más hombres autistas que mujeres. Un estudio realizado por Jamison et al. (2017) atestiguó que el 94% de profesionales que realizan diagnósticos de autismo que participaron en dicho estudio no empleaba métodos de diagnóstico diferentes entre hombres y mujeres y un 36% basaba su criterio diagnóstico en lo que observaban en las

evaluaciones y no tanto en los instrumentos estandarizados. Por otra parte, Dillon et al. (2021) exponen que las personas profesionales observaban menores diferencias ente niños y niñas autistas que las que eran comentadas por las familias en las entrevistas. Por tanto, las personas profesionales que realizan diagnósticos de autismo deben tener en cuenta las diferencias entre hombres y mujeres en la manifestación de rasgos autistas, comparar los comportamientos con los de otras mujeres neurotípicas para ver si realmente existen diferencias en los apoyos que se necesitan en las diversas áreas y contextos. También es necesario completar las evaluaciones preguntando por otras cuestiones como problemas sensoriales o problemas de sueño, que aunque no se recojan en los criterios del DSM-5 y el CIE-11 están presentes en muchas personas autistas (Kreiser y White, 2014). Es decir, se deben incluir en los manuales los perfiles sensoriales de las mujeres autistas para favorecer así sus diagnósticos (Rynkiewicz et al., 2016).

Relativo a ello, un estudio de Potts et al. (1991, como se citó en Kreiser y White, 2014) halló que la probabilidad de diagnosticar depresión era más elevada en las mujeres aun cuando los hombres también cumplían con los criterios diagnósticos. Lo mismo ocurre en casos de personas autistas. Estas coocurrencias dificultan los diagnósticos ya que al ser más comunes en las mujeres pueden confundirse con los rasgos autistas. Como ejemplifican Kreiser y White (2014) la evitación social, una de las características clínicas del autismo, también es común en trastornos de ansiedad social o anorexia nerviosa cuya prevalencia es mayor en las mujeres. Asimismo, Gesi et al. (2021) señalan que las mujeres autistas tienen mayores probabilidades de recibir un diagnóstico del grupo de los trastornos de la personalidad. En estos casos se debe tener en cuenta el desarrollo de los rasgos que puedan generar dudas de si son comunes del autismo o de otro diagnóstico diferente (Gesi et al., 2021; Kreiser y White, 2014).

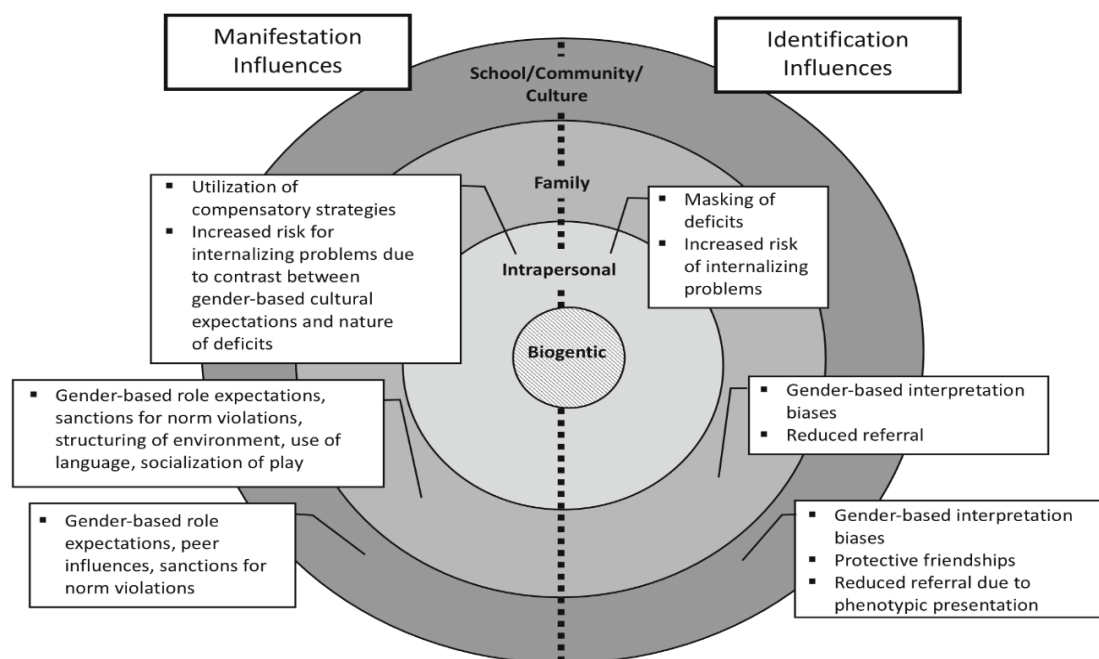
En consecuencia, las mujeres y niñas autistas son más propensas a recibir tardíamente el diagnóstico (Dillon et al., 2021; Evans et al., 2019; Jamison et al., 2017; Ketelaars et al., 2017; Morales-Hidalgo et al., 2021). Una investigación llevada a cabo por Gesi et al. (2021) halló que tanto la edad del primer contacto con servicios de autismo como la edad cuando las personas autistas recibían el diagnóstico era mucho mayor en las mujeres que en los hombres. La explicación que se propone para este fenómeno es que los comportamientos de las personas autistas en comparación con sus pares neurotípicos difieren más en el caso de los hombres ya que en las mujeres las diferencias son menos evidentes y por lo tanto el fenotipo femenino de autismo pasa desapercibido (Fulton et al., 2017; Gesi et al., 2021). En un futuro es necesario que si se crean herramientas diagnósticas recojan entre sus criterios especificidades para el fenotipo femenino de autismo (Jamison et al., 2017; Lai et al., 2015) y que las personas

profesionales que realizan los diagnósticos sean conocedoras de la especificidad del autismo en mujeres y niñas para que sea más fácil la detección de sus rasgos autistas (Morales-Hidalgo et al., 2021). Asimismo, en la actualidad se deben tener en cuenta todas estas dificultades a la hora de realizar los diagnósticos, así como las diferencias que existen en la expresión del autismo según el género.

Todo lo que se ha ido comentando se puede resumir de manera breve en la figura 1, donde Kreiser y White (2014) plantean un modelo de género recogiendo las influencias que la biogenética, lo interpersonal, la familia y la escuela, la comunidad y la cultura pueden tener en el fenotipo femenino del autismo, tanto en la manifestación de los rasgos autistas (que se explicará en el siguiente subapartado) como en la identificación. A nivel intrapersonal las influencias de identificación que se recogen se relacionan con la capacidad de enmascarar los rasgos autistas y con los riesgos que esto puede conllevar, como es la internalización de problemas. En cuanto al nivel familiar, se nombran los sesgos de género producidos por la interpretación de los rasgos autistas y las menores tasas de derivación a los servicios diagnósticos. Finalmente, el nivel de la escuela, comunidad y cultura incluye nuevamente los sesgos de interpretación basados en el género y la disminución de la derivación, e incorpora la presencia de amistades protectoras.

Figura 1

Modelo de influencias socioculturales y psicológicas basadas en el género que afectan la expresión fenotípica y la interpretación de rasgos de mujeres autistas a lo largo del desarrollo



Fuente: Kreiser y White (2014)

2.4.3. Diferencias en la manifestación de rasgos autistas según el género

Muchas de las investigaciones sobre autismo aluden a que los rasgos autistas se presentan de forma diferente entre hombres y mujeres (Beggiato et al., 2017; Evans et al., 2019; García et al., 2020; Ketelaars et al., 2017; Lai et al., 2015). Incluso el DSM-5 hace referencia a una manifestación más sutil de las dificultades sociales y de comunicación en el caso de las mujeres y niñas (APA, 2013).

Esto no solo ocurre en personas autistas, sino que en la población general, el funcionamiento social varía en cuanto al género (Jamison et al., 2017; Kreiser y White, 2014; Montagut et al., 2018). En la infancia, las niñas muestran un desarrollo social mucho más avanzado que los niños (Jamison et al., 2017), esperándose que las mujeres y niñas presenten mayores habilidades y comportamientos más empáticos, sean más sociables y cariñosas (Montagut et al., 2018; Ruggieri y Arberas, 2016), por lo que las mujeres y niñas autistas que exhiben algunos de estos comportamientos suelen hacer dudar de si realmente son autistas o no (Goldman, 2013). Es decir, las mujeres y niñas autistas presentan unos criterios diagnósticos menos exagerados (Ketelaars et al., 2017) y en el caso de los hombres y niños autistas presentan mayores problemas de interacción y comunicación social, sus rasgos autistas son más evidentes (Goldman, 2013; Ketelaars et al., 2017) y en general son más hiperactivos y agresivos (Ruggieri y Arberas, 2016). Esto se debe en parte a las expectativas culturales de los roles de género que hacen que las mujeres tiendan a modificar sus comportamientos hacia lo que es aceptado socialmente (Lai et al., 2015).

Haciendo referencia nuevamente a la figura 1, las influencias en la manifestación del fenotipo femenino de autismo, según Kreiser y White (2014) se centran a nivel intrapersonal en el uso de habilidades compensatorias y un mayor riesgo de internalización debido a las expectativas socioculturales; a nivel familiar en las expectativas que se tienen de las personas en base a su género, los castigos o sanciones producidas por infringir las normas, el cómo estén contruidos los ambientes, el uso del lenguaje y la socialización; y a nivel de escuela, comunidad y cultura se repiten de nuevo las expectativas basadas en los roles de género, las sanciones por incumplimiento de las normas y se añaden las influencias de sus iguales. Todas estas influencias hacen que los comportamientos y la manifestación de los rasgos autistas de las mujeres difieran de lo que se conoce habitualmente, basado en el fenotipo masculino del autismo (Ketelaars et al., 2017; Kreiser y White, 2014). En la literatura se recogen diferencias en cuanto al género en las áreas de los comportamientos sociales, del lenguaje, de las interrelaciones con otras personas y en el juego simbólico (Jamison et al., 2017).

Para comprobar la veracidad de estas afirmaciones, Beggiato et al. (2017) evaluaron las diferencias de género manifestadas en los criterios diagnósticos mediante la herramienta diagnóstica más utilizada, el ADI-R, que tal y como afirmó Goldman (2013), no hace distinción entre niños y niñas. Beggiato et al. (2017) encontraron diversos hallazgos significativos que recogían variaciones en cuanto al género en cuatro ítems. En primer lugar, en cuanto a la reciprocidad en las interacciones sociales, las niñas autistas obtuvieron mayores puntuaciones que los niños autistas ya que utilizaban más expresiones faciales a la hora de comunicarse. En segundo lugar, se vio como las niñas autistas presentaban más juego imaginativo, que solía estar relacionado con juegos que simulan situaciones de la vida cotidiana, igual que sucede en sus pares neurotípicas. Finalmente, en el área de las conductas repetitivas y estereotípias, los ítems relacionados con preocupaciones inusuales y con intereses restringidos las niñas autistas obtuvieron una puntuación mucho menor que los niños autistas.

Diversas investigaciones respaldaron estos hallazgos. Respecto al juego imaginativo, García et al. (2020) encontraron que aunque las niñas autistas presentan mayor juego simbólico y capacidad de imaginación que los niños autistas, éste suele ser muy rígido y específico, y, según Ruggieri y Arberas (2016) presentan problemas para diferenciar la realidad de la fantasía. El hecho de que las niñas presenten un mayor juego imaginativo puede estar relacionado con el estímulo de los padres y madres y los tipos de juguetes proporcionados (Kreiser y White, 2014). Por otro lado, Rynkiewicz et al. (2016) afirman que las niñas autistas presentan una mejor comunicación no verbal que sus pares masculinos. Además, también se ha observado que las niñas autistas tienden a reconocer mejor las emociones y a tener unas habilidades sociales más óptimas (Jamison et al., 2017; Ruggieri y Arberas, 2016).

Otra manifestación diferente según el género es que las mujeres y niñas autistas se muestran más inocentes, realizan conductas extrañas o inapropiadas en algunos contextos y presentan una escasa iniciativa social (García et al., 2020). Cuando las personas presentan los mismos rasgos autistas en la comprensión social con una necesidad de apoyo similar, a las mujeres muestran mejores comportamientos ya que pueden mantener una conversación recíproca, comparten intereses y consiguen modificar su comportamiento según el contexto (Gesi et al., 2021; Lai et al., 2015). Por todo ello Goldman (2013) afirma que a las mujeres y niñas se las percibe como tímidas y a los hombres y niños como insensibles, a causa de lo que se espera socialmente en cuanto a cada género. Sin embargo, Montagut et al. (2018) afirman que en la mayoría de ocasiones las niñas autistas simplemente son ignoradas por sus pares, no son ni aceptadas ni rechazadas. Estas diferencias en los déficits sociales pueden ser disimuladas

por las mujeres y niñas autistas imitando el habla y los comportamientos sociales en aquellos casos en los que existan otras mujeres o niñas neurotípicas que las ayuden en los procesos de socialización invitándolas a sentarse con ellas a comer o incluyéndolas en sus grupos de amigas (Kreiser y White, 2014; Ruggieri y Arberas, 2016). Sin embargo, no siempre esto es así, ya que aunque puede resultarles más sencillo que a los hombres hacer amistades, a las mujeres autistas les cuesta mantener estas relaciones (Lai et al., 2015), sobre todo con el paso del tiempo cuando las relaciones requieren habilidades más complejas de comunicación y comprensión (Montagut et al., 2018).

Centrándose en las opiniones de las personas profesionales que realizan los diagnósticos de autismo Jamison et al. (2017) obtuvieron que el 70% de estas personas encontraron diferencias en los criterios diagnósticos centrales mostrados por las mujeres autistas y el 54% percibió diferencias en otros rasgos o características sensoriales y emocionales así como en lo relativo a coocurrencias. Otro de los hallazgos de Jamison et al. (2017) fue que la mayoría de profesionales opinaban que las necesidades de apoyos en la comunicación no verbal, en la interacción social y en la reciprocidad social eran similares o menores en las mujeres autistas adultas.

Igualmente, diversos estudios afirmaron que las mujeres autistas presentaban menos estereotipias y comportamientos e intereses restringidos y repetitivos que los hombres autistas, calificándolos a su vez como menos graves (Beggiato et al., 2017; Harrop et al., 2014; Jamison et al., 2017; Lai et al., 2015; Ruggieri y Arberas, 2016). En muchas ocasiones estos intereses especiales pueden ser similares a sus pares de desarrollo típico, siendo por tanto menos llamativos (Merino et al., 2020) y más socialmente aceptados debido a su capacidad para imitar, como la lectura, los animales, la moda, etc., en lugar de objetos como sucede en el caso de los niños, por lo que resultan más complejos de clasificar como rasgos autistas (Guerra et al., 2019; Montagut et al., 2018).

2.5. Autismo y personas no binarias

Creo conveniente dedicar un breve espacio a hablar sobre la realidad de las personas no binarias pese a que en la inmensa mayoría de estudios e investigaciones que abordan las diferencias de género en personas autistas lo hagan únicamente en un sentido binario hombre/mujer. Esto se debe a que la sociedad actual continúa sostenida por un sistema binario, patriarcal, heterosexista y cissexista (Davison y Frank, 2006). Sin embargo, en mi día a día,

leyendo testimonios de personas autistas en redes sociales he observado un aumento de perfiles de personas autistas que se identifican como no binarias. Tal y como afirmaba Butler (2004, como se citó en Wagaman et al. 2018) debemos cuestionar y deconstruir las categorías binarias existentes.

Uno de los pocos estudios que habla sobre la realidad de personas no binarias autistas es el de Kung, (2020). Esta investigación recoge información sobre los rasgos autistas en adultos pertenecientes a minorías de género y afirma que existe una mayor prevalencia de autismo y otros trastornos del neurodesarrollo en estas personas (Kung, 2020). Baron-Cohen (2002), indica que la teoría del cerebro masculino extremo no solo influye en la probabilidad de ser autista, sino también en la de identificarse como persona no binaria. Sin embargo, como se ha comentado en el subapartado 2.4.1. se ha desmentido esta teoría. Además, Stagg y Vincent, (2019) en su artículo sobre la fluidez de género en las personas autistas critican esta teoría ya que en ella se estereotipan los comportamientos como femeninos o masculinos, dejando así fuera a las personas no binarias. En esta investigación se afirma que las personas no binarias que participaron en ese estudio obtuvieron puntuaciones más altas en las pruebas diagnósticas de autismo que las personas cisgénero (Stagg y Vincent, 2019). De forma similar, Heylens et al. (2018) encontraron que había una prevalencia de autismo de un 6% en personas con disforia de género, entre las que se incluyen las personas no binarias.

Estos datos indican que puede existir una relación entre ser autista y ser una persona no binaria, por lo que es necesario seguir investigando sobre ello para ahondar en la temática dejando de lado los binarismos de género existentes en la sociedad.

3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

El objetivo principal de esta investigación es identificar las posibles diferencias entre los diagnósticos de autismo realizados en mujeres y hombres. Para dar respuestas al objetivo general se plantean los siguientes objetivos específicos (OE):

- OE1: Comparar el proceso diagnóstico seguido por mujeres y hombres autistas.
- OE2: Identificar el número de diagnósticos realizados en la edad adulta a mujeres autistas.
- OE3: Conocer si existen sesgos de género por parte de las personas profesionales que realizan los diagnósticos de autismo.
- OE4: Averiguar si los instrumentos diagnósticos son sensibles al género de las personas autistas.
- OE5: Calcular los porcentajes de diagnósticos erróneos y simultáneos que presentan las personas autistas y si existen diferencias entre hombres y mujeres.
- OE6: Detallar los sentimientos de las personas autistas tras conocer su diagnóstico.
- OE7: Especificar cómo expresan sus rasgos autistas.

En cuanto a las hipótesis, la hipótesis principal de esta investigación es que existen diferencias/sesgo de género entre los diagnósticos de autismo realizados a mujeres y hombres. Y las hipótesis secundarias son:

- H1: La edad de diagnóstico es más tardía en el caso de las mujeres autistas.
- H2: Las mujeres autistas se plantean que lo son mayoritariamente por el diagnóstico de sus hijos.
- H3: Los instrumentos empleados para diagnosticar a personas autistas no tienen en cuenta el género.
- H4: Existe un sesgo de género por parte de los profesionales a la hora de diagnosticar el autismo.
- H5 Muchas personas autistas presentan diagnósticos erróneos previos al diagnóstico de autismo.

H6: El porcentaje de diagnósticos simultáneos o coocurrencias en el autismo es muy elevado.

H7: En la infancia los niños autistas suelen presentar mayores problemáticas.

H8: Ante dificultades en la infancia, la idea de que pudieran ser autistas se planteó más en niños que en niñas.

H9: Las mujeres autistas imitan más las interacciones sociales y enmascaran sus rasgos autistas.

H10: Las mujeres autistas son más sociables que los hombres.

H11: Las mujeres autistas presentan menores intereses restringidos que los hombres.

H12: A las mujeres autistas se las suele percibir como tímidas.

4. METODOLOGÍA

En el siguiente apartado se describe la población objeto de estudio y características de la muestra final, la técnica empleada y el proceso de diseño del instrumento, así como el procedimiento seguido durante la realización de la presente investigación. Además, se plantean las consideraciones éticas y las limitaciones que presenta el estudio así como las encontradas en el transcurso de su realización. Por último, se describe el proceso de análisis de los datos.

4.1. Población y muestra

La población objeto de estudio de esta investigación son las personas autistas mayores de 18 años residentes en España. En cuanto al ámbito temporal, la investigación se ha llevado a cabo entre febrero y agosto de 2022.

Para calcular el universo, al no poder saber cuál es el total de personas autistas adultas debido a que no hay datos oficiales, se ha realizado una estimación aproximada. Como se ha visto en el subapartado 2.3.4., y según los datos de la revisión sistemática realizada por Zeidan et al. (2022), la cifra más actual de prevalencia de población autista se encuentra en un 1%. Extrapolando esta cifra a la totalidad de la población española, que según el Instituto Nacional de Estadística (2021) son 47.432.805 habitantes, cerca de 474.328 personas son autistas. De ellas 39.295.441 son mayores de 18 años.

Así, el número de cuestionarios respondidos asciende a 228, sin embargo tuvieron que eliminarse varios al estar incompletos, por lo que la muestra final son 150 cuestionarios. En cuanto a la identidad de género se divide en un 68% de mujeres, un 16.7% de hombres y 15.3% de personas no binarias. La edad oscila entre los 18 y los 58 años, siendo la media de 31.3 años.

Como se ha comentado, no es posible conocer la proporción real de personas autistas adultas por lo que la muestra obtenida no es representativa. Si se calcula el error muestral, con un intervalo de confianza del 95% y considerando el universo infinito al ser mayor a 100.000 personas, para un tamaño de la muestra de 150 el error muestral es ± 8 .

4.2. Técnica empleada y diseño del instrumento

El autismo en personas adultas es una realidad que en muchas ocasiones se encuentra invisibilizada en nuestra sociedad. Para conocer esta realidad mediante las voces de las propias personas autistas adultas la técnica de recolección de datos utilizada ha sido de tipo cuantitativa,

y más concretamente, la encuesta. Esta técnica permite estudiar numerosos aspectos, valores, actitudes y opiniones objetivas y subjetivas mediante una serie de preguntas ordenadas lógicamente recogidas en un cuestionario (Cea-D'Ancona, 2012). Para ello se creó un cuestionario basándose en preguntas de encuestas nacionales e internacionales, proyectos y estudios previos realizados sobre la temática como la encuesta realizada por la Mesa de Trabajo MUJERES Y TEA de la Asociación Española de Profesionales del Autismo (AETAPI) y la encuesta «Acceso a servicios para las personas con autismo (ACCESS-EU)» que forma parte del proyecto de investigación AIMS-2-TRIALS de la Universidad de Cambridge. Algunas de esas preguntas fueron modificadas y se añadieron preguntas de elaboración propia.

Una vez escogida la temática definitiva sobre la cual versa esta investigación, y tras haber recogido preguntas de las investigaciones citadas anteriormente y haber confeccionado las preguntas propias empecé a estructurarlas en diversos bloques. Después de varias correcciones del instrumento realizadas junto a mi tutor del TFM, el cuestionario fue pre-testado por personas autistas para detectar posibles preguntas incompletas, incorrectas, incoherentes o mal formuladas con el fin de lograr una mayor validez del instrumento.

Finalmente, el cuestionario quedó dividido en una introducción/presentación y tres bloques de preguntas (ver Anexo 1). En el primer bloque se recoge información sociodemográfica; el segundo bloque busca conocer cómo ha sido el proceso diagnóstico de estas personas y finalmente, en el tercer bloque se encuentran diversas preguntas sobre su expresión del autismo.

La tipología de preguntas en su gran mayoría corresponde a preguntas de respuesta única entre las que se encuentran preguntas dicotómicas (Sí/No) cuya finalidad es actuar como preguntas filtro para poder ahondar en ciertas cuestiones concretas, pero también se incluyen preguntas de escala tipo Likert y preguntas de respuesta múltiple.

Como instrumento para recopilar las respuestas se ha empleado el software disponible en la UV para realizar encuestas LimeSurvey Versión 3.22.14+200423.

4.3. Procedimiento y cronograma

Para contactar con las personas participantes, una vez confeccionado el cuestionario definitivo, creé un cartel donde se recogía el perfil de las personas a las que va dirigida la investigación y el enlace al cuestionario para acceder al mismo (ver Anexo 2). Tras ello, se procedió a su difusión por varias vías: realicé la difusión del cartel en mi perfil de varias redes

sociales (Instagram, Facebook y Twitter) etiquetando a cuentas de personas autistas españolas y cuentas oficiales de perfiles que trabajan difundiendo y dando a conocer el autismo. Además, creé un perfil en Instagram específico del proyecto de investigación en el que se colgó el cartel seguido de una breve descripción en la que se incluía el objetivo general de la investigación, el enlace al cuestionario y mi correo de la Universitat de València por si alguna persona quería contactar conmigo. Finalmente, envié, mediante el correo electrónico, la información relativa al proyecto, el cartel y el enlace al cuestionario a entidades que trabajan con personas autistas para que pudieran hacer difusión de la investigación.

La investigación desarrollada se llevó a cabo en ocho meses a través de las siguientes cinco fases: 1) Revisión de la literatura existente para poder conocer mejor el tema objeto de estudio; 2) Diseño del cuestionario; 3) Difusión y recogida de datos; 4) Análisis estadístico; y 5) Redacción del TFG. A continuación, se puede observar en la figura 2 un diagrama de Gantt la distribución temporal de las etapas y tareas de la presente investigación:

Figura 2

Diagrama de Gantt de la investigación

	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	
Revisión de la literatura existente	■								
Diseño del cuestionario			■						
Difusión y recogida de datos				■					
Análisis estadístico							■		
Redacción del TFG			■					■	

Fuente: elaboración propia.

4.4. Consideraciones éticas

En relación con las consideraciones éticas, en la introducción del cuestionario se encuentra un documento de Consentimiento informado (ver Anexo 3) en el que se facilita información sobre la investigación y mi correo electrónico por si alguna persona desea ponerse en contacto. Además, en todo momento se expresa a los participantes el carácter voluntario, confidencial y anónimo de sus respuestas.

4.5. Análisis estadístico de los datos

Para realizar el análisis de los datos se utilizó el software estadístico Jamovi Versión 2.3. Se codificaron las variables y se introdujeron los datos en dicho programa.

En primer lugar se realizó un análisis estadístico descriptivo. Para variables de tipo cualitativo se calcularon frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentuales, y para las variables de tipo cuantitativo se calcularon las medias medianas, modas y desviaciones estándar. Además, para estas últimas se obtuvo también la asimetría, la curtosis y el test de Shapiro-Wilk para contrastar si los datos se ajustan o no a una distribución normal. Se obtuvo que los datos no se distribuían normalmente por lo que se utilizaron pruebas no paramétricas, salvo en el caso de la variable “años al obtener el diagnóstico” para la cual sí se emplearon pruebas paramétricas como el análisis de la varianza o ANOVA.

A continuación, se calcularon tablas de contingencia y el test chi-cuadrado (X^2) para analizar la relación entre las variables cualitativas.

Seguidamente, para las variables continuas, se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis para la comparación de tres grupos, y en los casos que fuese significativa se calculó también la prueba U de Mann-Whitney para comparación por pares. Asimismo, se calculó el cociente de correlación de Spearman en el caso de dos variables cuantitativas.

Para todas las operaciones estadísticas se estableció un intervalo de confianza del 95% con un nivel de significación de $p < 0.05$.

5. RESULTADOS OBTENIDOS

En este apartado se describen las variables de edad y género de las personas encuestadas, las variables relativas al proceso diagnóstico de estas personas y finalmente las variables sobre su expresión del autismo. Posteriormente se muestran los resultados obtenidos mediante las pruebas estadísticas del análisis bivariado en relación al género y a la edad.

5.1. Análisis univariado.

En cuanto a las variables demográficas, la edad media de la muestra, tal y como se muestra en la tabla 1 es de 31.3 años. Además, se aplicó una prueba de bondad de ajuste mediante el cálculo del test de Shapiro-Wilk para contrastar si los datos se ajustan o no a una distribución normal. Se obtuvo que la significación es menor a 0.05 ($p < 0.001$), por lo que la distribución de esta variable no sigue una distribución normal.

Tabla 1

Descriptivos de Edad

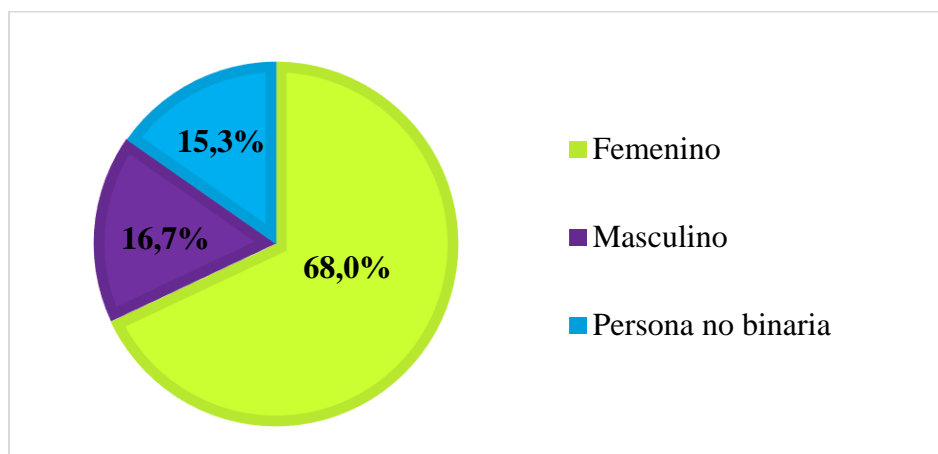
	Edad
Media	31.3
Mediana	30.0
Moda	22.0
Desviación estándar	9.00
Varianza	81.0
Asimetría	0.727
Curtosis	-0.120
W de Shapiro-Wilk	0.940
Valor p de Shapiro-Wilk	< .001

Fuente: elaboración propia.

En la figura 3 se observa la distribución de la muestra en cuanto a su identidad de género. Se puede ver cómo más de la mitad de las personas encuestadas corresponden al género femenino (68%), esto se debe a que el perfil de personas autistas en redes sociales (dónde se ha difundido mayoritariamente la encuesta) son mujeres. Por otro lado, se debe destacar la alta presencia en la muestra de personas no binarias (15.3%), prácticamente similar al porcentaje de personas encuestadas del género masculino (16.7%).

Figura 3

Identidad de género de las personas participantes (%)



Fuente: elaboración propia.

Relativo a la forma de diagnóstico de las personas autistas encuestadas, en la tabla 2 se puede ver que la gran mayoría de ellas, concretamente un 78%, cuentan con un diagnóstico oficial por parte de una persona profesional cualificada para ello, que un 6.7% se han auto-diagnosticado como autistas y que el 15.4% restante están a la espera de recibir el diagnóstico oficial (independientemente de que se hayan auto-diagnosticado o no).

Tabla 2

Frecuencias de Proceso del diagnóstico de autismo

Niveles	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Ha sido formalmente diagnosticado por un/una profesional cualificado/a	117	78.0 %	78.0 %
Auto-diagnosticado	10	6.7 %	84.7 %
Auto-diagnosticado y actualmente estoy a la espera de recibir un diagnóstico formal por un/una profesional cualificado/a	16	10.7 %	95.3 %
Actualmente estoy a la espera de recibir un diagnóstico formal por un/una profesional cualificado/a	7	4.7 %	100.0 %

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a la forma sobre cómo empezaron a sospechar que podían ser autistas, la tabla 3 muestra que un 30% de las personas encuestadas lo hizo a través de otras personas autistas, un 20.7% mediante profesionales y el 13.3% fue a partir de haber recibido el

diagnóstico de sus hijos. Respecto a los motivos que se recogen en la respuesta de “Otros” la mayoría de personas autistas encuestadas hacen alusión a que fue su madre quien empezó a sospechar o que fue al investigar por su propia cuenta.

Tabla 3

Frecuencias de Forma de sospecha

Niveles	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Profesionales	31	20.7 %	20.7 %
Otras personas autistas	45	30.0 %	50.7 %
Al recibir el diagnóstico de mi hijo/a	20	13.3 %	64.0 %
Otro	54	36.0 %	100.0 %

Fuente: elaboración propia.

La media de años al obtener el diagnóstico es de 27.9 años. Al igual que con la variable Edad se calculó el test de Shapiro-Wilk para averiguar si la variable sigue una distribución normal. La significación obtenida en este caso fue mayor a 0.05 ($p=0.096$), por lo que sí se puede afirmar que dicha variable sigue una distribución normal.

Tabla 4

Descriptivos de Años al obtener el diagnóstico

Años al obtener el diagnóstico	
Media	27.9
Mediana	28.0
Moda	30.0
Desviación estándar	11.6
Varianza	134
Asimetría	-0.193
Curtosis	0.0132
W de Shapiro-Wilk	0.984
Valor p de Shapiro-Wilk	0.096

Fuente: elaboración propia.

El perfil profesional que mayoritariamente ha realizado los diagnósticos de las personas autistas encuestadas corresponde a profesionales de la psicología en un 73.6% de los casos, seguido de profesionales de la psiquiatría en un 10.4% y con un 3.5% las personas profesionales de neurología. En la categoría de “Otros” varias personas han respondido que el diagnóstico se llevó a cabo conjuntamente entre profesionales de la psicología y de la psiquiatría.

Tabla 5

Frecuencias de Profesional que realizó el diagnóstico

Niveles	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Psicología	106	73.6 %	73.6 %
Psiquiatría	15	10.4 %	84.0 %
Neurología	5	3.5 %	87.5 %
Otro	18	12.5 %	100.0 %

Fuente: elaboración propia.

Centrándonos en el sesgo de género que puede estar presente en el proceso diagnóstico, la tabla 6 refleja que el 55.7% de las personas encuestadas afirma que ninguna de las preguntas que les realizaron tenían algún tipo de relación con su género y un 34.8% opina que sólo algunas preguntas hacían alusión al género.

Tabla 6

Frecuencias de Preguntas relacionadas con el género en el diagnóstico

Niveles	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
No, ninguna	64	55.7 %	55.7 %
Sí, pero solo algunas	40	34.8 %	90.4 %
Sí, todas	11	9.6 %	100.0 %

Fuente: elaboración propia.

Por otro lado, en lo relativo a si existen diferencias en la actitud de las personas profesionales entre si la persona a diagnosticar es de un género u otro, tal y como se muestra en la tabla 7, el 78% de las personas encuestadas considera que sí existen diferencias, frente al 22% que considera que no existen.

Tabla 7

Frecuencias de Existencia de diferencias en la actitud de las personas profesionales según el género de la persona a diagnosticar

Niveles	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Sí	117	78.0 %	78.0 %
No	33	22.0 %	100.0 %

Fuente: elaboración propia.

A continuación se preguntó a las personas autistas encuestadas acerca de si antes de haber sido diagnosticadas como autistas habían recibido algún tipo de diagnóstico erróneo y como se puede observar en la tabla 8 exactamente la mitad de las personas sí lo habían recibido.

Tabla 8

Frecuencias de Presencia de diagnóstico erróneo

Niveles	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Sí	75	50.0 %	50.0 %
No	75	50.0 %	100.0 %

Fuente: elaboración propia.

Al preguntarles sobre el tipo de diagnóstico erróneo recibido, el más frecuente en las personas autistas encuestadas, según la tabla 9, son el trastorno de ansiedad (60%) y el trastorno por depresión (52%). Al contrario, los diagnósticos erróneos menos frecuentes son el trastorno bipolar (2.7%) y la dislexia (10.7%).

Tabla 9

Frecuencias de los diversos diagnósticos erróneos

	Niveles	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Trastorno de ansiedad	Sí	45	60.0 %	60.0 %
	No	30	40.0 %	100.0 %
Trastorno por depresión	Sí	39	52.0 %	52.0 %
	No	36	48.0 %	100.0 %
TOC	Sí	15	20.0 %	20.0 %
	No	60	80.0 %	100.0 %
Trastorno límite de la personalidad	Sí	11	14.7 %	14.7 %
	No	64	85.3 %	100.0 %
Trastorno bipolar	Sí	2	2.7 %	2.7 %
	No	73	97.3 %	100.0 %
Trastorno de conducta alimentaria	Sí	11	14.7 %	14.7 %
	No	64	85.3 %	100.0 %
Dislexia	Sí	8	10.7 %	10.7 %
	No	67	89.3 %	100.0 %

	Niveles	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Trastorno/dificultades del sueño	Sí	19	25.3 %	25.3 %
	No	56	74.7 %	100.0 %
Trastorno adaptativo	Sí	10	13.3 %	13.3 %
	No	65	86.7 %	100.0 %
Altas capacidades	Sí	14	18.7 %	18.7 %
	No	61	81.3 %	100.0 %
Estrés crónico	Sí	11	14.7 %	14.7 %
	No	64	85.3 %	100.0 %
Fobia social	Sí	20	26.7 %	26.7 %
	No	55	73.3 %	100.0 %
TDAH	Sí	13	17.3 %	17.3 %
	No	62	82.7 %	100.0 %

Fuente: elaboración propia.

Al mismo tiempo, también se les preguntó si presentaban algún diagnóstico simultáneo, y como se recoge en la tabla 10, el 50.7% de las personas autistas encuestadas presentan algún tipo de diagnóstico simultáneo.

Tabla 10

Frecuencias de Presencia de diagnóstico simultáneo

Niveles	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Sí	76	50.7 %	50.7 %
No	74	49.3 %	100.0 %

Fuente: elaboración propia.

Sobre el tipo de diagnósticos simultáneos, en la tabla 11 se puede ver que aquellos que presentan las personas autistas encuestadas con mayor frecuencia son el trastorno de ansiedad (55.3%), las altas capacidades (46.1%) y el trastorno por depresión (40.8%). Aquellos diagnósticos simultáneos que presentan con menos frecuencia son el trastorno bipolar (1.3%) y el trastorno límite de la personalidad (5.3%).

Tabla 11

Frecuencias de los diversos diagnósticos simultáneos

	Niveles	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Trastorno de ansiedad	Sí	42	55.3 %	55.3 %
	No	34	44.7 %	100.0 %
Trastorno por depresión	Sí	31	40.8 %	40.8 %
	No	45	59.2 %	100.0 %
TOC	Sí	14	18.4 %	18.4 %
	No	62	81.6 %	100.0 %
Trastorno límite de la personalidad	Sí	4	5.3 %	5.3 %
	No	72	94.7 %	100.0 %
Trastorno bipolar	Sí	1	1.3 %	1.3 %
	No	75	98.7 %	100.0 %
Trastorno de conducta alimentaria	Sí	11	14.5 %	14.5 %
	No	65	85.5 %	100.0 %
Dislexia	Sí	5	6.6 %	6.6 %
	No	71	93.4 %	100.0 %
Trastorno/dificultades del sueño	Sí	16	21.1 %	21.1 %
	No	60	78.9 %	100.0 %
Trastorno adaptativo	Sí	10	13.2 %	13.2 %
	No	66	86.8 %	100.0 %
Altas capacidades	Sí	35	46.1 %	46.1 %
	No	41	53.9 %	100.0 %
Estrés crónico	Sí	9	11.8 %	11.8 %
	No	67	88.2 %	100.0 %
Fobia social	Sí	13	17.1 %	17.1 %
	No	63	82.9 %	100.0 %
TDAH	Sí	19	25.0 %	25.0 %
	No	57	75.0 %	100.0 %

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a cómo se sintieron las personas autistas encuestadas tras haber recibido el diagnóstico oficial, el 45.1% afirma sentirse “Muy bien”, mientras que un 13.2% se siente “Mal” o “Muy mal”, según los resultados de la tabla 12.

Tabla 12

Frecuencias de Sentimiento tras el diagnóstico

Niveles	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Muy mal	5	3.5 %	3.5 %
Mal	14	9.7 %	13.2 %
Igual	22	15.3 %	28.5 %
Bien	38	26.4 %	54.9 %
Muy bien	65	45.1 %	100.0 %

Fuente: elaboración propia.

Por otro lado, en cuanto al sentimiento de comprensión por parte de otras personas, la tabla 13 indica que poco más de la mitad de las personas autistas encuestadas (53.3%) sí se sintieron más comprendidas al hacer público su diagnóstico, frente al 46.7% que no lo sintieron así.

Tabla 13

Frecuencias de Comprensión al hacer público el diagnóstico

Niveles	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Sí	80	53.3 %	53.3 %
No	70	46.7 %	100.0 %

Fuente: elaboración propia.

Analizando los ámbitos en los cuales las personas autistas han hecho público su diagnóstico (cuyos valores de respuesta iban desde 1 = nadie a 5 = todas o casi todas las personas) en la tabla 14 se observa que las amistades son quienes más saben que las personas encuestadas son autistas ($\bar{x} = 3.09$), mientras que por el contrario el ámbito laboral es donde menos se conoce que son autistas ($\bar{x} = 1.79$).

Tabla 14

Descriptivos de los ámbitos donde las personas autistas han hecho público su diagnóstico

	Amistades	Personas del ámbito familiar	Personas del ámbito laboral	Personas del ámbito educativo
Media	3.09	3.06	1.79	2.15
Mediana	3	3.00	1.00	1
Moda	2.00	2.00	1.00	1.00
Desviación estándar	1.25	1.33	1.21	1.44
Varianza	1.56	1.76	1.46	2.07
Asimetría	0.258	0.295	1.62	0.975
Curtosis	-1.09	-1.24	1.64	-0.453
W de Shapiro-Wilk	0.881	0.859	0.680	0.757
Valor p de Shapiro-Wilk	< .001	< .001	< .001	< .001

Fuente: elaboración propia.

Examinando la presencia de dificultades específicas en la infancia se observa en la tabla 15 que casi la totalidad de las personas autistas encuestadas sí recuerdan haber presentado dificultades (95.3%).

Tabla 15

Frecuencias de Presencia de dificultades específicas en la infancia

Niveles	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Sí	143	95.3 %	95.3 %
No	7	4.7 %	100.0 %

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a qué tipo de acciones se plantearon ante esas dificultades, según la tabla 16, el 44.8% de las personas autistas encuestadas asistieron a profesionales. Sin embargo, sólo en un 14% de los casos se planteó la idea de que fuesen autistas y en un 18.2% de las ocasiones hubo un intento de diagnóstico previo fallido.

Tabla 16

Frecuencias de las acciones realizadas ante las dificultades en la infancia

	Niveles	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Asistencia a profesionales	Sí	64	44.8 %	44.8 %
	No	79	55.2 %	100.0 %
Planteamiento de la idea de ser autista	Sí	20	14.0 %	14.0 %
	No	123	86.0 %	100.0 %
Intento de diagnóstico previo fallido	Sí	26	18.2 %	18.2 %
	No	117	81.8 %	100.0 %

Fuente: elaboración propia.

Respecto a la frecuencia de realización de conductas características de las personas autistas (cuyos valores de respuesta iban desde 1 = nunca a 5 = todos los días) la tabla 17 muestra que la conducta mayor realizada por las personas autistas son las conductas repetitivas y/o intereses restringidos ($\bar{x} = 4.24$), seguido de la imitación de las interacciones sociales ($\bar{x} = 3.75$) y finalmente el mantener el contacto ocular al relacionarse ($\bar{x} = 3.09$).

Tabla 17

Descriptivos de la frecuencia de realización de conductas características del autismo

	Frecuencia de imitación de las interacciones sociales	Frecuencia de realización de conductas repetitivas y/o intereses restringidos	Frecuencia de mantenimiento del contacto ocular en las relaciones con otras personas
Media	3.75	4.24	3.09
Mediana	4.00	4.00	3.00
Moda	4.00	5.00	3.00
Desviación estándar	0.957	0.880	1.06
Varianza	0.915	0.774	1.11
Asimetría	-0.823	-1.03	0.103
Curtosis	0.922	0.606	-0.438
W de Shapiro-Wilk	0.852	0.787	0.908
Valor p de Shapiro-Wilk	< .001	< .001	< .001

Fuente: elaboración propia.

Los últimos descriptivos del análisis univariable son los relativos al grado de acuerdo o desacuerdo de las personas autistas encuestadas respecto a una serie de cuestiones. Así, las tablas 18 y 19 (cuyos valores de respuesta iban desde 1 = muy en desacuerdo a 5 = muy de acuerdo) recogen que la afirmación en la que más están de acuerdo las personas autistas encuestadas es “Es más probable que tenga dificultades con la ansiedad” ($\bar{x} = 4.49$) seguida de “Es más probable que me describan como tímida/o o peculiar en lugar de autista” ($\bar{x} = 4.41$). Por el contrario, las afirmaciones con las que están más en desacuerdo son “Tengo motivación para formar y mantener amistades” ($\bar{x} = 3.03$) y “Es más probable que tenga dificultades con la hiperactividad” ($\bar{x} = 3.09$).

Tabla 18

Descriptivos del grado de acuerdo o desacuerdo respecto a las siguientes cuestiones. Parte I

	Soy capaz de camuflar mis dificultades	Tengo motivación para formar y mantener amistades	He tenido problemas de comportamiento en el colegio	Tengo dificultades sociales
Media	3.79	3.03	3.20	4.41
Mediana	4.00	3.00	4.00	5.00
Moda	4.00	4.00	4.00	5.00
Desviación estándar	1.07	1.15	1.47	0.795
Varianza	1.14	1.33	2.17	0.632
Asimetría	-0.912	-0.159	-0.224	-1.68
Curtosis	0.142	-1.03	-1.43	3.36
W de Shapiro-Wilk	0.824	0.893	0.857	0.699
Valor p de Shapiro-Wilk	< .001	< .001	< .001	< .001

Fuente: elaboración propia.

Tabla 19

Descriptivos del grado de acuerdo o desacuerdo respecto a las siguientes cuestiones. Parte 2

	Es más probable que me describan como tímida/o o peculiar en lugar de autista	Es más probable que tenga dificultades con la ansiedad	Es más probable que tenga dificultades con la hiperactividad
Media	4.43	4.49	3.09
Mediana	5.00	5.00	3.00
Moda	5.00	5.00	2.00 ^a
Desviación estándar	0.915	0.775	1.29
Varianza	0.837	0.600	1.67
Asimetría	-1.86	-1.97	-0.0434
Curtosis	3.36	5.08	-1.10
W de Shapiro-Wilk	0.665	0.665	0.906
Valor p de Shapiro-Wilk	< .001	< .001	< .001

Fuente: elaboración propia.

5.2. Análisis bivariado.

Dentro de los análisis bivariados se dividirán entre aquellos que vinculan el género con otras variables y aquellos que hacen lo mismo con la edad.

5.2.1. Análisis bivariado relacionando el género

En el primer caso se busca analizar la relación entre el género y el proceso del diagnóstico de las personas autistas encuestadas. En cuanto a la prueba chi-cuadrado (X^2), en la tabla 20 se ha obtenido un valor de $p=0.725$, es decir, mayor a 0.05, por lo que se puede afirmar que no existe relación entre pertenecer a un género u otro y como haya sido el proceso del diagnóstico de autismo.

En la tabla 21 se observa que son las mujeres quienes presentan un mayor porcentaje de espera para recibir el diagnóstico, con un 5.9% respecto al 4.0% de los hombres. Por su parte, los hombres son quienes mayor porcentaje de diagnóstico formal poseen, con un 84% frente al 77.5% de las mujeres y al 73.9% de las personas no binarias. Finalmente, estas últimas presentan mayores niveles de auto-diagnóstico (ya sea a la espera de diagnóstico formal o no), con un 26% en comparación al 16.7% de las mujeres y al 12% de los hombres.

Tabla 20

Prueba de chi-cuadrado entre Género y Proceso del diagnóstico de autismo

	Valor	gl	p
χ^2	3.64	6	0.725
N	150		

Fuente: elaboración propia.

Tabla 21

Tabla de contingencia entre Género y Proceso del diagnóstico de autismo

Proceso del diagnóstico de autismo		Género			Total
		Femenino	Masculino	Persona no binaria	
Ha sido formalmente diagnosticado por un/una profesional cualificado/a	Observado	79	21	17	117
	% de columna	77.5 %	84.0 %	73.9 %	78.0 %
Auto-diagnosticado	Observado	6	1	3	10
	% de columna	5.9 %	4.0 %	13.0 %	6.7 %
Auto-diagnosticado y actualmente estoy a la espera de recibir un diagnóstico formal por un/una profesional cualificado/a	Observado	11	2	3	16
	% de columna	10.8 %	8.0 %	13.0 %	10.7 %
Actualmente estoy a la espera de recibir un diagnóstico formal por un/una profesional cualificado/a	Observado	6	1	0	7
	% de columna	5.9 %	4.0 %	0.0 %	4.7 %
Total	Observado	102	25	23	150
	% de columna	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Fuente: elaboración propia.

La siguiente relación a analizar es la del género y la forma de sospecha. En la tabla 22 se observa que el valor de la prueba chi-cuadrado es de $p=0.136$, por lo que al ser mayor de 0.05 no existe relación entre el género y la forma de sospecha.

En la tabla 23 se observa como las mujeres son quienes mayor porcentaje presentan en cuanto a la opción de haber sospechado que eran autistas al recibir el diagnóstico de su hijo (16.7%). Los hombres por su parte presentan un mayor porcentaje en la opción de otros (52%) que como ya se mencionó anteriormente la mayoría de respuestas hacían alusión a que la sospecha había sido por parte de sus madres y por las propias personas autistas investigando por su cuenta. Y las personas no binarias presentan porcentajes más elevados en las opciones de sospecha de profesionales y otras personas autistas (30.4% y 39.1% respectivamente).

Tabla 22

Prueba de chi-cuadrado entre Género y Forma de sospecha

	Valor	gl	p
χ^2	9.74	6	0.136
N	150		

Fuente: elaboración propia.

Tabla 23

Tabla de contingencia entre Género y Forma de sospecha

Forma de sospecha		Género			Total
		Femenino	Masculino	Persona no binaria	
Profesionales	Observado	19	5	7	31
	% de columna	18.6 %	20.0 %	30.4 %	20.7 %
Otras personas autistas	Observado	32	4	9	45
	% de columna	31.4 %	16.0 %	39.1 %	30.0 %
Al recibir el diagnóstico de mi hijo/a	Observado	17	3	0	20
	% de columna	16.7 %	12.0 %	0.0 %	13.3 %
Otro	Observado	34	13	7	54
	% de columna	33.3 %	52.0 %	30.4 %	36.0 %
Total	Observado	102	25	23	150
	% de columna	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Fuente: elaboración propia.

Pasando a analizar la relación entre el género y los años al obtener el diagnóstico previamente se debe comprobar si existe homogeneidad de varianzas mediante la prueba de

Levene's. En este caso, según la tabla 24, se ha obtenido una significación $p=0.034$, por lo que al ser menor de 0.05 las varianzas son diferentes.

A continuación, en la tabla 25 se debe mirar el resultado de la prueba t de Welch que es la que asume varianzas diferentes. El valor p de la prueba t de Welch es de $p=0.046$, es decir, al ser menor de 0.05 sí existe diferencia entre los diferentes géneros en cuanto a los años al obtener el diagnóstico.

Para conocer cuáles son los géneros en los que hay diferencias se debe mirar la tabla 26 de comparaciones múltiples por pares. En este caso se ha realizado la prueba post-hoc de Games-Howell que es la que asume varianzas diferentes y se ha obtenido que entre mujeres y hombres $p=0.447$ por lo que al ser mayor que 0.05 no hay diferencia entre los géneros, entre mujeres y personas no binarias $p=0.048$ por lo que sí hay diferencias, y entre hombres y personas no binarias $p=0.815$ y no hay diferencias.

Finalmente, para saber cómo es la diferencia entre las mujeres o las personas no binarias según los años al obtener el diagnóstico se observan las medias de la tabla 27 y se ve que en el caso de las mujeres la media es mayor, por lo que las mujeres autistas son diagnosticadas con mayor edad que hombres y personas no binarias.

Tabla 24

Test de homogeneidad de varianzas de Años al obtener el diagnóstico

		Statistic	df	df2	p
Años al obtener el diagnóstico	Levene's	3.47	2	141	0.034

Fuente: elaboración propia.

Tabla 25

Prueba ANOVA de Años al obtener el diagnóstico

		F	gl1	gl2	p
Años al obtener el diagnóstico	t de Welch	3.33	2	40.1	0.046
	Fisher	2.85	2	141	0.061

Fuente: elaboración propia.

Tabla 26

Prueba post-hoc de Games-Howell de Género y Años al obtener el diagnóstico

		Género		
		Femenino	Masculino	Persona no binaria
Femenino	Diferencia de medias	—	3.73	5.88
	valor p	—	0.447	0.048 *
Masculino	Diferencia de medias		—	2.16
	valor p		—	0.815
Persona no binaria	Diferencia de medias			—
	valor p			—

Fuente: elaboración propia.

Tabla 27

Descriptivas de Género y Años al obtener el diagnóstico

		Género	N	Media	DE	EE
Años al obtener el diagnóstico	Femenino		98	29.4	11.03	1.11
	Masculino		25	25.7	14.16	2.83
	Persona no binaria		21	23.5	9.64	2.10

Fuente: elaboración propia.

Los siguientes resultados corresponden a la relación entre el género y la disciplina profesional que llevó a cabo el diagnóstico. En la tabla 28 el resultado de la prueba chi-cuadrado indica un valor $p=0.027$, por lo que al ser menor de 0.05 indica que sí hay relación entre el género y la disciplina profesional que realizó el diagnóstico.

Para saber cuál es el grado de esa relación se debe calcular un coeficiente de correlación. Al ser dos variables nominales se emplea el coeficiente de contingencia. Según el resultado puede haber tres escenarios: 0.0-0.2: no hay relación, 0.2-0.6: hay relación pero moderada, y >0.6 : sí hay relación. En este caso, en la tabla 29 se observa que el valor es de 0.3 por lo que la relación entre el género y el tipo de profesional que realizó el diagnóstico es moderada.

Según la tabla 30, tanto para las mujeres como para las personas no binarias los porcentajes más elevados corresponden a profesionales de la psicología (76.5% y 90.5% respectivamente). En el caso de los hombres los porcentajes están más repartidos entre las diversas disciplinas.

Tabla 28

Prueba de chi-cuadrado entre Género y Forma de sospecha

	Valor	gl	p
χ^2	14.2	6	0.027
N	144		

Fuente: elaboración propia.

Tabla 29

Coefficiente de contingencia entre Género y Forma de sospecha

	Valor
Coefficiente de contingencia	0.300

Fuente: elaboración propia.

Tabla 30

Tabla de contingencia entre Género y Profesional que realizó el diagnóstico

Profesional que realizó el diagnóstico		Género			Total
		Femenino	Masculino	Persona no binaria	
Psicología	Observado	75	12	19	106
	% de columna	76.5 %	48.0 %	90.5 %	73.6 %
Psiquiatría	Observado	11	4	0	15
	% de columna	11.2 %	16.0 %	0.0 %	10.4 %
Neurología	Observado	3	2	0	5
	% de columna	3.1 %	8.0 %	0.0 %	3.5 %
Otro	Observado	9	7	2	18
	% de columna	9.2 %	28.0 %	9.5 %	12.5 %
Total	Observado	98	25	21	144
	% de columna	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Fuente: elaboración propia.

Pasando a analizar la relación entre el género y la existencia de preguntas relacionadas con el género en el diagnóstico, la prueba chi-cuadrado de la tabla 31 recoge un valor de $p=0.195$, es decir, mayor a 0.5, por lo tanto no hay relación entre las variables.

Observando ahora la tabla 32 se puede ver que el porcentaje menor que indica que ninguna pregunta hacía alusión al género es el de las mujeres con un 50.6%. Por el contrario, son éstas quienes mayor porcentaje presentan en la opción de que algunas preguntas estaban relacionadas con el género. Finalmente, en cuanto a la opción de que todas las preguntas estaban relacionadas con el género se encuentra en los hombres con un 16.7%.

Tabla 31

Prueba de chi-cuadrado entre Género y Preguntas relacionadas con el género en el diagnóstico

	Valor	gl	p
χ^2	6.05	4	0.195
N	115		

Fuente: elaboración propia.

Tabla 32

Tabla de contingencia entre Género y Preguntas relacionadas con el género en el diagnóstico

Preguntas relacionadas con el género en el diagnóstico		Género			Total
		Femenino	Masculino	Persona no binaria	
No, ninguna	Observado	39	12	13	64
	% de columna	50.6 %	66.7 %	65.0 %	55.7 %
Sí, pero solo algunas	Observado	30	3	7	40
	% de columna	39.0 %	16.7 %	35.0 %	34.8 %
Sí, todas	Observado	8	3	0	11
	% de columna	10.4 %	16.7 %	0.0 %	9.6 %
Total	Observado	77	18	20	115
	% de columna	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Fuente: elaboración propia.

A continuación se analiza la relación entre el género y la creencia de que existen diferencias en la actitud de las personas profesionales según el género de la persona a diagnosticar. En la tabla 33 el valor de chi-cuadrado es $p < 0.001$, por lo que al ser menor de 0.05 indica que sí existe relación. Al observar el coeficiente de contingencia de la tabla 34 se obtiene un valor de 0.359 por lo que la magnitud de la relación es moderadamente elevada.

A partir de la tabla de contingencia se pueden ver las categorías donde se encuentran diferencias. Así, la tabla 35 muestra cómo el 82.4% de las mujeres y el 95.7% de las personas no binarias opina que sí existen diferencias, respecto al 44% de los hombres.

Tabla 33

Prueba de chi-cuadrado entre Género y Existencia de diferencias en la actitud de les profesionales según el género de la persona a diagnosticar

	Valor	gl	p
χ^2	22.1	2	<.001
N	150		

Fuente: elaboración propia.

Tabla 34

Coefficiente de contingencia entre Género y Existencia de diferencias en la actitud de les profesionales según el género de la persona a diagnosticar

	Valor
Coefficiente de contingencia	0.359

Fuente: elaboración propia.

Tabla 35

Tabla de contingencia entre Género y Existencia de diferencias en la actitud de les profesionales según el género de la persona a diagnosticar

	Existencia de diferencias en la actitud de las personas profesionales según el género de la persona a diagnosticar	Género			Total
		Femenino	Masculino	Persona no binaria	
Sí	Observado	84	11	22	117
	% de columna	82.4 %	44.0 %	95.7 %	78.0 %
No	Observado	18	14	1	33
	% de columna	17.6 %	56.0 %	4.3 %	22.0 %
Total	Observado	102	25	23	150
	% de columna	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Fuente: elaboración propia.

En lo relativo a la relación entre el género y la presencia de un diagnóstico erróneo la tabla 36 muestra un valor de $p=0.008$, es decir sí hay relación entre las variables al ser menor de 0.05. Según el valor del coeficiente de contingencia, que tal y como muestra la tabla 37 es de 0.246 se puede decir que la relación, aunque existente es ligeramente moderada.

En la tabla 38 se puede ver como son las mujeres quienes mayor presencia de diagnósticos erróneos poseen con un 57.8% frente al 24% de los hombres y al 43.5% de las personas no binarias.

Tabla 36

Prueba de chi-cuadrado entre Género y Presencia de diagnóstico erróneo

	Valor	gl	p
χ^2	9.66	2	0.008
N	150		

Fuente: elaboración propia.

Tabla 37

Coficiente de contingencia entre Género y Presencia de diagnóstico erróneo

	Valor
Coficiente de contingencia	0.246

Fuente: elaboración propia.

Tabla 38

Tabla de contingencia entre Género y Presencia de diagnóstico erróneo

Presencia de diagnóstico erróneo		Género			Total
		Femenino	Masculino	Persona no binaria	
Sí	Observado	59	6	10	75
	% de columna	57.8 %	24.0 %	43.5 %	50.0 %
No	Observado	43	19	13	75
	% de columna	42.2 %	76.0 %	56.5 %	50.0 %
Total	Observado	102	25	23	150
	% de columna	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a la relación entre el género y la presencia de diagnóstico simultáneo el valor de la prueba chi-cuadrado de la tabla 39 es de $p=0.021$, por lo que al ser menor de 0.05 indica que sí hay relación entre las variables. Según la tabla 40 el coeficiente de contingencia tiene un valor de 0.221, por lo que la magnitud de la relación entre el género y la presencia de diagnóstico simultáneo es ligeramente moderada.

Si se observa la tabla 41, al igual que lo que ocurre con los diagnósticos erróneos siguen siendo las mujeres quienes presentan mayores diagnósticos simultáneos (57.8%) seguido de las personas no binarias (43.5%) y finalmente los hombres (28%).

Tabla 39

Prueba de chi-cuadrado entre Género y Presencia de diagnóstico simultáneo

Valor	gl	p
7.72	2	0.021
150		

Fuente: elaboración propia.

Tabla 40

Coefficiente de contingencia entre Género y Presencia de diagnóstico simultáneo

	Valor
Coefficiente de contingencia	0.221

Fuente: elaboración propia.

Tabla 41

Tabla de contingencia entre Género y Presencia de diagnóstico simultáneo

Presencia de diagnóstico simultáneo		Género			Total
		Femenino	Masculino	Persona no binaria	
Sí	Observado	59	7	10	76
	% de columna	57.8 %	28.0 %	43.5 %	50.7 %
No	Observado	43	18	13	74
	% de columna	42.2 %	72.0 %	56.5 %	49.3 %
Total	Observado	102	25	23	150
	% de columna	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Fuente: elaboración propia.

Para analizar la relación entre el género y el sentimiento tras el diagnóstico, al ser esta última una variable ordinal se debe realizar la prueba de Kruskal-Wallis. Según la tabla 42 el valor de p es de $p=0.108$, por lo que al ser mayor de 0.05 no hay relación entre las variables.

Tabla 42

Prueba Kruskal-Wallis de Género y Sentimiento tras el diagnóstico

	χ^2	gl	p
Sentimiento tras el diagnóstico	4.46	2	0.108

Fuente: elaboración propia.

La tabla 43 muestra el valor de la prueba chi-cuadrado analizando la relación entre el género y la comprensión al hacer público el diagnóstico. Así el valor obtenido es de $p=0.821$, por lo que al ser mayor a 0.05 no existe relación entre ambas variables.

Si se observa la tabla 44 se puede ver que los valores entre los diversos géneros son similares, siendo de un 53.9% las mujeres que sí se sintieron más comprendidas, un 48% de los hombres y un 56.5% de las personas no binarias.

Tabla 43

Prueba de chi-cuadrado entre Género y Comprensión al hacer público el diagnóstico

	Valor	gl	p
χ^2	0.394	2	0.821
N	150		

Fuente: elaboración propia.

Tabla 44

Tabla de contingencia entre Género y Comprensión al hacer público el diagnóstico

Comprensión al hacer público el diagnóstico		Género			
		Femenino	Masculino	Persona no binaria	Total
Sí	Observado	55	12	13	80
	% de columna	53.9 %	48.0 %	56.5 %	53.3 %
No	Observado	47	13	10	70
	% de columna	46.1 %	52.0 %	43.5 %	46.7 %
Total	Observado	102	25	23	150
	% de columna	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Fuente: elaboración propia.

Al analizar la relación entre el género y las diferentes personas que saben que las personas encuestadas son autistas, al ser estas últimas variables ordinales se debe realizar la prueba de Kruskal-Wallis. Según la tabla 45, para las amistades que saben que es autista el valor es $p=0.067$ por lo que al ser mayor a 0.05 no hay relación con el género. Para las personas del ámbito familiar $p=0.001$, es decir, al ser menor a 0.05 sí existe relación con el género. Para las personas del ámbito laboral $p=0.166$, por lo que no existe relación. Finalmente, para las personas del ámbito educativo al ser $p=0.11$ sí existe relación con el género.

Para determinar cómo es la relación entre el género con las variables de amistades y personas del ámbito educativo se debe realizar una comparación dos a dos Dwass-Steel-Critchlow-Fligner (DSCF) para conocer entre qué géneros se encuentran diferencias. En la tabla 46 se observa que el valor p entre mujeres y hombres es de $p=0.002$ por lo tanto sí hay diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a las personas del ámbito familiar que saben que son autistas. Entre mujeres y personas no binarias $p=0.636$ por lo que no hay diferencias. Y entre hombres y persona no binarias $p=0.011$, es decir, sí hay diferencias en cuanto a las personas del ámbito familiar que saben que hombres y personas no binarias son autistas.

Por otro lado, la tabla 47 muestra que el valor p entre hombres y mujeres es de $p=0.009$ por lo que sí hay diferencias entre ambos géneros en cuanto a las personas del ámbito educativo que saben que son autistas. Sin embargo, tanto entre mujeres y personas no binarias como entre hombres y personas no binarias ambos valores de p son mayores a 0.05 por lo que no existen diferencias ($p=0.794$ y $p=0.139$ respectivamente).

Tabla 45

Prueba Kruskal-Wallis de Género y Amistades, Personas del ámbito familiar, Personas del ámbito laboral y Personas del ámbito educativo que saben que es autista

	χ^2	gl	p
Amistades que saben que es autista	5.42	2	0.067
Personas del ámbito familiar que saben que es autista	13.60	2	0.001
Personas del ámbito laboral que saben que es autista	3.59	2	0.166
Personas del ámbito educativo que saben que es autista	8.95	2	0.011

Fuente: elaboración propia.

Tabla 46

Comparaciones entre parejas - Personas del ámbito familiar que saben que es autista

		W	p
Femenino	Masculino	4.89	0.002
Femenino	Persona no binaria	-1.28	0.636
Masculino	Persona no binaria	-4.20	0.008

Fuente: elaboración propia.

Tabla 47

Comparaciones entre parejas - Personas del ámbito educativo que saben que es autista

		W	p
Femenino	Masculino	4.178	0.009
Femenino	Persona no binaria	0.915	0.794
Masculino	Persona no binaria	-2.686	0.139

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a la relación entre el género y la presencia de dificultades específicas en la infancia, el valor de la prueba chi-cuadrado que muestra la tabla 48 es de $p=0.979$, por lo que al ser mayor a 0.05 no existe relación entre ambas variables.

Analizando los datos de la tabla 49 se ve cómo casi la totalidad de personas encuestadas presentaron dificultades específicas en la infancia, independientemente de su género ya que en los tres casos los porcentajes superan al 95%, siendo del 95.1% para las mujeres, de un 96% para los hombres y un 95.7% en el caso de las personas no binarias.

Tabla 48

Prueba de chi-cuadrado entre Género y Presencia de dificultades específicas en la infancia

	Valor	gl	p
χ^2	0.0429	2	0.979
N	150		

Fuente: elaboración propia.

Tabla 49

Tabla de contingencia entre Género y Presencia de dificultades específicas en la infancia

Presencia de dificultades específicas en la infancia		Género			Total
		Femenino	Masculino	Persona no binaria	
Sí	Observado	97	24	22	143
	% de columna	95.1 %	96.0 %	95.7 %	95.3 %
No	Observado	5	1	1	7
	% de columna	4.9 %	4.0 %	4.3 %	4.7 %
Total	Observado	102	25	23	150
	% de columna	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Fuente: elaboración propia.

Referente a la relación entre el género y haber asistido a profesionales ante las dificultades específicas presentes en la infancia la tabla 50 muestra un valor de la prueba chi-cuadrado de $p=0.104$, es decir, al ser mayor a 0.05 no existe relación entre las variables.

La tabla 51 muestra como en el caso de las mujeres y hombres los porcentajes de asistencia a profesionales ante las dificultades específicas en la infancia son cercanos a la mitad, siendo un 45.4% las mujeres que asistieron a profesionales y un 58.3% los hombres. En el caso de las personas no binarias este porcentaje desciende hasta un 27.3% de personas que sí asistieron a profesionales.

Tabla 50

Prueba de chi-cuadrado entre Género y Asistencia a profesionales ante esas dificultades

	Valor	gl	p
χ^2	4.52	2	0.104
N	143		

Fuente: elaboración propia.

Tabla 51

Tabla de contingencia entre Género y Asistencia a profesionales ante esas dificultades

Asistencia a profesionales ante esas dificultades		Género			Total
		Femenino	Masculino	Persona no binaria	
Sí	Observado	44	14	6	64
	% de columna	45.4 %	58.3 %	27.3 %	44.8 %
No	Observado	53	10	16	79
	% de columna	54.6 %	41.7 %	72.7 %	55.2 %
Total	Observado	97	24	22	143
	% de columna	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Fuente: elaboración propia.

En cuanto al planteamiento de la idea de ser autista ante las dificultades presentes en la infancia en la tabla 52 se recoge un valor de la prueba chi-cuadrado de $p=0.001$, por lo que sí existe relación entre esta variable y el género de las personas autistas encuestadas.

Según la tabla 53 el coeficiente de contingencia tiene un valor de 0.291, por lo que la magnitud de la relación entre el género y el planteamiento de la idea de ser autista ante las dificultades específicas presentes en la infancia es ligeramente moderada.

Teniendo en cuenta los datos de la tabla 54 se observa la diferencia entre los bajos porcentajes de mujeres y personas no binarias que se plantearon la idea de ser autistas ante las dificultades de la infancia, con un 9.3% y 9.1% respectivamente, frente al 37.5% de los hombres.

Tabla 52

Prueba de chi-cuadrado entre Género y Planteamiento de la idea de ser autista ante esas dificultades

	Valor	gl	p
χ^2	13.3	2	0.001
N	143		

Fuente: elaboración propia.

Tabla 53

Coefficiente de contingencia entre Género y Planteamiento de la idea de ser autista ante esas dificultades

	Valor
Coefficiente de contingencia	0.291

Fuente: elaboración propia.

Tabla 54

Tabla de contingencia entre Género y Planteamiento de la idea de ser autista ante esas dificultades

Planteamiento de la idea de ser autista ante esas dificultades		Género			Total
		Femenino	Masculino	Persona no binaria	
Sí	Observado	9	9	2	20
	% de columna	9.3 %	37.5 %	9.1 %	14.0 %
No	Observado	88	15	20	123
	% de columna	90.7 %	62.5 %	90.9 %	86.0 %
Total	Observado	97	24	22	143
	% de columna	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Fuente: elaboración propia.

Otra de las actitudes evaluadas frente a la presencia de dificultades específicas en la infancia es el intento de diagnóstico previo fallido. Así, la tabla 55 muestra un valor de la prueba chi-cuadrado de $p=0.296$, es decir, al ser mayor a 0.05 no existe relación entre dicha variable y el género de las personas autistas encuestadas.

Por su parte, en la tabla 56 se expone que son los hombres quienes mayor porcentaje de intentos de diagnóstico previos fallidos presentan, con un 29.2% frente al 16.5% de las mujeres y al 13.6% de las personas no binarias.

Tabla 55

Prueba de chi-cuadrado entre Género e Intento de diagnóstico previo fallido ante esas dificultades

	Valor	gl	p
χ^2	2.44	2	0.296
N	143		

Fuente: elaboración propia.

Tabla 56

Tabla de contingencia entre Género e Intento de diagnóstico previo fallido ante esas dificultades

Intento de diagnóstico previo fallido ante esas dificultades		Género			Total
		Femenino	Masculino	Persona no binaria	
Sí	Observado	16	7	3	26
	% de columna	16.5 %	29.2 %	13.6 %	18.2 %
No	Observado	81	17	19	117
	% de columna	83.5 %	70.8 %	86.4 %	81.8 %
Total	Observado	97	24	22	143
	% de columna	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Fuente: elaboración propia.

Para medir la relación entre las siguientes tres variables (cuyos valores de respuesta iban desde 1 = nunca a 5 = todos los días) y el género, al ser estas variables ordinales se debe realizar la prueba de Kruskal-Wallis. En la tabla 57 se muestra que el valor p para la frecuencia de imitación de las interacciones sociales es de $p=0.216$, por lo que al ser mayor que 0.05 no existe relación con el género. En cuanto a la frecuencia de realización de conductas repetitivas y/o intereses restringidos el valor de p es $p=0.004$, es decir, al ser menor que 0.05 sí existe relación con el género. Finalmente, la frecuencia de mantenimiento del contacto ocular tiene un valor de $p=0.011$, por lo que también existe relación con el género.

Para determinar cómo es la relación entre estas variables se debe realizar una comparación dos a dos DSCF para conocer entre qué géneros se encuentran diferencias. Así, la tabla 58 recoge que el único par cuyo valor de p es menor de 0.05 y por tanto sí existen diferencias en cuanto a la frecuencia de relación de conductas repetitivas y/o intereses restringidos es entre mujeres y personas no binarias ($p=0.003$).

Por su parte, en la tabla 59 se muestra que para la frecuencia de mantenimiento ocular en las relaciones con otras personas únicamente existen diferencias entre mujeres y personas no binarias ya que es el único par con un valor de p menor a 0.05, más concretamente $p=0.011$.

Tabla 57

Prueba Kruskal-Wallis de Género y Frecuencia de imitación de las interacciones sociales, Frecuencia de realización de conductas repetitivas y/o intereses restringidos y Frecuencia de mantenimiento del contacto ocular en las relaciones con otras personas

	χ^2	gl	p
Frecuencia de imitación de las interacciones sociales	3.07	2	0.216
Frecuencia de realización de conductas repetitivas y/o intereses restringidos	10.94	2	0.004
Frecuencia de mantenimiento del contacto ocular en las relaciones con otras personas	8.98	2	0.011

Fuente: elaboración propia.

Tabla 58

Comparaciones entre parejas - Frecuencia de realización de conductas repetitivas y/o intereses restringidos

		W	p
Femenino	Masculino	1.42	0.574
Femenino	Persona no binaria	4.58	0.003
Masculino	Persona no binaria	3.02	0.083

Fuente: elaboración propia.

Tabla 59

Comparaciones entre parejas - Frecuencia de mantenimiento del contacto ocular en las relaciones con otras personas

		W	p
Femenino	Masculino	-1.43	0.568
Femenino	Persona no binaria	-4.09	0.011
Masculino	Persona no binaria	-2.63	0.151

Fuente: elaboración propia.

Observando la tabla 60, se puede ver cómo en un 69.6% las mujeres autistas encuestadas manifiestan imitar las interacciones sociales todos o casi todos los días, frente al 48% de los hombres y el 65.2% de las personas no binarias. Por el contrario, un 20% de hombres afirma que nunca o casi nunca imita las conductas sociales, que contrasta con el 9.2% de las mujeres.

Tabla 60

Tabla de contingencia entre Género y Frecuencia de imitación de las interacciones sociales

Frecuencia de imitación de las interacciones sociales		Género			Total
		Femenino	Masculino	Persona no binaria	
1	Observado	3	3	0	6
	% de columna	2.9 %	12.0 %	0.0 %	4.0 %
2	Observado	3	2	0	5
	% de columna	2.9 %	8.0 %	0.0 %	3.3 %
3	Observado	25	8	8	41
	% de columna	24.5 %	32.0 %	34.8 %	27.3 %
4	Observado	50	7	10	67
	% de columna	49.0 %	28.0 %	43.5 %	44.7 %
5	Observado	21	5	5	31
	% de columna	20.6 %	20.0 %	21.7 %	20.7 %
Total	Observado	102	25	23	150
	% de columna	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Fuente: elaboración propia.

En el caso de la tabla 61, se muestra que para la frecuencia de realización de conductas repetitivas y/o intereses restringidos un 75.5% de las mujeres autistas encuestadas afirma realizar estas conductas todos o casi todos los días. En los hombres el porcentaje asciende hasta un 88% y se eleva todavía más en el caso de las personas no binarias situándose en un 95.7%.

Tabla 61

Tabla de contingencia entre Género y Frecuencia de realización de conductas repetitivas y/o intereses restringidos

Frecuencia de realización de conductas repetitivas y/o intereses restringidos		Género			Total
		Femenino	Masculino	Persona no binaria	
1	Observado	1	0	0	1
	% de columna	1.0 %	0.0 %	0.0 %	0.7 %
2	Observado	4	1	0	5
	% de columna	3.9 %	4.0 %	0.0 %	3.3 %
3	Observado	20	2	1	23
	% de columna	19.6 %	8.0 %	4.3 %	15.3 %

Frecuencia de realización de conductas repetitivas y/o intereses restringidos		Género			Total
		Femenino	Masculino	Persona no binaria	
4	Observado	35	10	4	49
	% de columna	34.3 %	40.0 %	17.4 %	32.7 %
5	Observado	42	12	18	72
	% de columna	41.2 %	48.0 %	78.3 %	48.0 %
Total	Observado	102	25	23	150
	% de columna	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Fuente: elaboración propia.

Analizando los porcentajes de las personas autistas encuestadas sobre la frecuencia de mantenimiento ocular en las relaciones con otras personas, según la tabla 62 un 35.3% de las mujeres autistas refiere mantener el contacto ocular al relacionarse con otras personas todos o casi todos los días, frente al 28% de los hombres y al 17.3% de las personas no binarias.

Tabla 62

Tabla de contingencia entre Género y Frecuencia de mantenimiento del contacto ocular en las relaciones con otras personas

Frecuencia de mantenimiento del contacto ocular en las relaciones con otras personas		Género			Total
		Femenino	Masculino	Persona no binaria	
1	Observado	4	0	5	9
	% de columna	3.9 %	0.0 %	21.7 %	6.0 %
2	Observado	19	7	7	33
	% de columna	18.6 %	28.0 %	30.4 %	22.0 %
3	Observado	43	11	7	61
	% de columna	42.2 %	44.0 %	30.4 %	40.7 %
4	Observado	20	7	3	30
	% de columna	19.6 %	28.0 %	13.0 %	20.0 %
5	Observado	16	0	1	17
	% de columna	15.7 %	0.0 %	4.3 %	11.3 %
Total	Observado	102	25	23	150
	% de columna	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Fuente: elaboración propia.

Finalmente, las últimas variables que se van a analizar junto con el género es el grado de acuerdo o desacuerdo de las personas autistas encuestadas respecto a diversas afirmaciones. Al igual que en el caso anterior estas variables son de tipo ordinal por lo que se va a realizar la prueba de Kruskal-Wallis para conocer la relación. En la tabla 63 se puede observar que de las siete variables recogidas en la tabla solo dos de ellas tienen un valor de p menor a 0.05 y por lo tanto sí tienen relación con el género. Estas variables son el grado de acuerdo o desacuerdo respecto a tener dificultades sociales ($p=0.007$) y el grado de acuerdo o desacuerdo respecto a que sea más probable que le describan como persona tímida o peculiar en lugar de autista ($p=0.004$). El resto de variables tienen un valor p mayor a 0.05 por lo que no existe relación entre ellas y el género.

A continuación se calcularon las comparaciones dos a dos DSCF para conocer entre qué géneros se encuentran las diferencias. En la tabla 64 los valores de p que sí muestran diferencias entre el género y el grado de acuerdo o desacuerdo respecto a tener dificultades sociales son los obtenidos entre el par de mujeres y personas no binarias y entre el par de hombres y personas no binarias, ambos con una $p=0.011$.

En el caso de la tabla 65 las diferencias entre el género y el grado de acuerdo o desacuerdo respecto a que sea más probable que le describir como persona tímida o peculiar en lugar de autista se encuentra entre el par de mujeres y personas no binarias con un valor $p=0.042$ y entre hombres y personas no binarias con un valor $p=0.004$.

Tabla 63

Prueba Kruskal-Wallis de Género y las variables de grado de acuerdo o desacuerdo.

	χ^2	gl	p
Grado de acuerdo o desacuerdo respecto a ser capaz de camuflar sus dificultades	4.096	2	0.129
Grado de acuerdo o desacuerdo respecto a tener motivación para formar y mantener amistades	2.153	2	0.341
Grado de acuerdo o desacuerdo respecto a haber tenido problemas de comportamiento en el colegio	5.528	2	0.063
Grado de acuerdo o desacuerdo respecto a tener dificultades sociales	9.928	2	0.007
Grado de acuerdo o desacuerdo respecto a que sea más probable que le describan como persona tímida o peculiar en lugar de autista	10.876	2	0.004
Grado de acuerdo o desacuerdo respecto a que sea más probable que tenga dificultades con la ansiedad	0.663	2	0.718
Grado de acuerdo o desacuerdo respecto a que sea más probable que tenga dificultades con la hiperactividad	4.643	2	0.098

Fuente: elaboración propia.

Tabla 64

Comparaciones entre parejas - Grado de acuerdo o desacuerdo respecto a tener dificultades sociales

		W	p
Femenino	Masculino	-1.19	0.677
Femenino	Persona no binaria	4.09	0.011
Masculino	Persona no binaria	4.06	0.011

Fuente: elaboración propia.

Tabla 65

Comparaciones entre parejas - Grado de acuerdo o desacuerdo respecto a que sea más probable que le describan como persona tímida o peculiar en lugar de autista

		W	p
Femenino	Masculino	-2.60	0.157
Femenino	Persona no binaria	3.41	0.042
Masculino	Persona no binaria	4.56	0.004

Fuente: elaboración propia.

Si se observa la tabla 66 que recoge las frecuencias entre el género y el grado de acuerdo o desacuerdo respecto a ser capaz de camuflar las dificultades se puede ver cómo en el caso de las mujeres el porcentaje de quienes afirman estar de acuerdo o muy de acuerdo con esta afirmación es de un 78.5% de las mujeres autistas encuestadas. En el caso de los hombres el porcentaje desciende hasta un 68% y en el caso de las personas no binarias a un 60.9%.

Tabla 66

Tabla de contingencia entre Género y Grado de acuerdo o desacuerdo respecto a ser capaz de camuflar sus dificultades

Grado de acuerdo o desacuerdo respecto a ser capaz de camuflar sus dificultades	Género			Total	
	Femenino	Masculino	Persona no binaria		
1	Observado	3	2	0	5
	% de columna	2.9 %	8.0 %	0.0 %	3.3 %
2	Observado	8	6	6	20
	% de columna	7.8 %	24.0 %	26.1 %	13.3 %
3	Observado	11	0	3	14
	% de columna	10.8 %	0.0 %	13.0 %	9.3 %

Grado de acuerdo o desacuerdo respecto a ser capaz de camuflar sus dificultades	Género			Total	
	Femenino	Masculino	Persona no binaria		
4	Observado	52	12	10	74
	% de columna	51.0 %	48.0 %	43.5 %	49.3 %
5	Observado	28	5	4	37
	% de columna	27.5 %	20.0 %	17.4 %	24.7 %
Total	Observado	102	25	23	150
	% de columna	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 67 se recogen los porcentajes de las personas autistas encuestadas en base a su grado de acuerdo o desacuerdo respecto a tener motivación para formar y mantener amistades. Las mujeres opinan en un 42.1% que están de acuerdo o muy de acuerdo con dicha afirmación. Por su parte, el porcentaje de hombres que está de acuerdo o muy de acuerdo es de un 52%. Y en el caso de las personas no binarias de un 30.4%.

Tabla 67

Tabla de contingencia entre Género y Grado de acuerdo o desacuerdo respecto a tener motivación para formar y mantener amistades

Grado de acuerdo o desacuerdo respecto a tener motivación para formar y mantener amistades	Género			Total	
	Femenino	Masculino	Persona no binaria		
1	Observado	9	3	3	15
	% de columna	8.8 %	12.0 %	13.0 %	10.0 %
2	Observado	28	6	7	41
	% de columna	27.5 %	24.0 %	30.4 %	27.3 %
3	Observado	22	2	6	30
	% de columna	21.6 %	8.0 %	26.1 %	20.0 %
4	Observado	35	11	7	53
	% de columna	34.3 %	44.0 %	30.4 %	35.3 %
5	Observado	8	3	0	11
	% de columna	7.8 %	12.0 %	0.0 %	7.3 %
Total	Observado	102	25	23	150
	% de columna	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Fuente: elaboración propia.

En cuanto al grado de acuerdo o desacuerdo respecto a haber tenido problemas de comportamiento el mayor porcentaje de personas encuestadas que afirman estar de acuerdo o muy de acuerdo es el de los hombres con un 78%, seguido de las mujeres con un 52.5/ y finalmente las personas no binarias con un 48.1%.

Tabla 68

Tabla de contingencia entre Género y Grado de acuerdo o desacuerdo respecto a haber tenido problemas de comportamiento en el colegio

Grado de acuerdo o desacuerdo respecto a haber tenido problemas de comportamiento en el colegio		Género			Total
		Femenino	Masculino	Persona no binaria	
1	Observado	20	2	5	27
	% de columna	19.6 %	8.0 %	21.7 %	18.0 %
2	Observado	24	3	5	32
	% de columna	23.5 %	12.0 %	21.7 %	21.3 %
3	Observado	9	1	2	12
	% de columna	8.8 %	4.0 %	8.7 %	8.0 %
4	Observado	28	10	4	42
	% de columna	27.5 %	40.0 %	17.4 %	28.0 %
5	Observado	21	9	7	37
	% de columna	20.6 %	36.0 %	30.4 %	24.7 %
Total	Observado	102	25	23	150
	% de columna	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Fuente: elaboración propia.

En lo relativo a la afirmación sobre tener dificultades sociales destacan el porcentaje de mujeres que afirma estar de acuerdo o muy de acuerdo con ello es de un 92.2%. en el caso de los hombres este porcentaje es de un 88%. Para las personas no binarias destaca que es el 100% de las personas encuestadas quien está de acuerdo o muy de acuerdo con la afirmación de tener dificultades sociales.

Tabla 69

Tabla de contingencia entre Género y Grado de acuerdo o desacuerdo respecto a tener dificultades sociales

	Grado de acuerdo o desacuerdo respecto a tener dificultades sociales	Género			Total
		Femenino	Masculino	Persona no binaria	
1	Observado	1	0	0	1
	% de columna	1.0 %	0.0 %	0.0 %	0.7 %
2	Observado	3	3	0	6
	% de columna	2.9 %	12.0 %	0.0 %	4.0 %
3	Observado	4	1	0	5
	% de columna	3.9 %	4.0 %	0.0 %	3.3 %
4	Observado	43	10	4	57
	% de columna	42.2 %	40.0 %	17.4 %	38.0 %
5	Observado	51	11	19	81
	% de columna	50.0 %	44.0 %	82.6 %	54.0 %
Total	Observado	102	25	23	150
	% de columna	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Fuente: elaboración propia.

Para el grado de acuerdo o desacuerdo respecto a que sea más probable que le describan como persona tímida o peculiar en lugar de autista, la tabla 70 muestra que son un 87.3% las mujeres autistas encuestadas quienes están de acuerdo o muy de acuerdo con dicha afirmación. Similar es el porcentaje de las personas no binarias con un 87.4%. Sin embargo, el porcentaje de hombres que está de acuerdo o muy de acuerdo con la afirmación desciende a un 76%.

Tabla 70

Tabla de contingencia entre Género y Grado de acuerdo o desacuerdo respecto a que sea más probable que le describan como persona tímida o peculiar en lugar de autista

	Grado de acuerdo o desacuerdo respecto a que sea más probable que le describan como persona tímida o peculiar en lugar de autista	Género			Total
		Femenino	Masculino	Persona no binaria	
1	Observado	1	2	0	3
	% de columna	1.0 %	8.0 %	0.0 %	2.0 %

Grado de acuerdo o desacuerdo respecto a que sea más probable que tenga dificultades con la ansiedad		Género			Total
		Femenino	Masculino	Persona no binaria	
5	Observado	63	15	13	91
	% de columna	61.8 %	60.0 %	56.5 %	60.7 %
Total	Observado	102	25	23	150
	% de columna	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Fuente: elaboración propia.

Finalmente, la última afirmación hace referencia a que sea más probable que tengan dificultades con la hiperactividad. Así, en la tabla 72 se observa que al contrario de lo que sucedía con la ansiedad son los hombres quienes presentan mayores porcentajes respecto a estar de acuerdo o muy de acuerdo con dicha afirmación (60%), seguido de las personas no binarias (34.7%) y en último lugar las mujeres (37.3%).

Tabla 72

Tabla de contingencia entre Género y Grado de acuerdo o desacuerdo respecto a que sea más probable que tenga dificultades con la hiperactividad

Grado de acuerdo o desacuerdo respecto a que sea más probable que tenga dificultades con la hiperactividad		Género			Total
		Femenino	Masculino	Persona no binaria	
1	Observado	15	0	4	19
	% de columna	14.7 %	0.0 %	17.4 %	12.7 %
2	Observado	22	7	6	35
	% de columna	21.6 %	28.0 %	26.1 %	23.3 %
3	Observado	27	3	5	35
	% de columna	26.5 %	12.0 %	21.7 %	23.3 %
4	Observado	22	8	5	35
	% de columna	21.6 %	32.0 %	21.7 %	23.3 %
5	Observado	16	7	3	26
	% de columna	15.7 %	28.0 %	13.0 %	17.3 %
Total	Observado	102	25	23	150
	% de columna	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Fuente: elaboración propia.

5.2.2. Análisis bivariado relacionando la edad

Al contrario de lo realizado con el género con la variable Edad no se van a incluir todos los análisis relacionándola con todas las variables restantes ya que el objetivo principal de este trabajo es realizar una comparativa de género. Sin embargo, sí que se van a llevar a cabo algunos análisis relacionando la variable de Edad con otras variables de interés.

En primer lugar, se analiza la relación entre la edad y el proceso del diagnóstico de autismo de las personas autistas encuestadas. Al ser una variable nominal y otra cuantitativa que no sigue una distribución normal se debe aplicar la prueba de Kruskal-Wallis. Así pues, la tabla 73 recoge un valor de $p=0.744$, por lo que al ser un valor mayor a 0.05 significa que no existe relación entre ambas variables.

Tabla 73

Prueba Kruskal-Wallis de Edad y Proceso del diagnóstico de autismo

	χ^2	gl	p
Edad	1.24	3	0.744

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a la relación entre la edad y los años al obtener el diagnóstico se debe calcular el coeficiente de correlación de Spearman, que sirve para medir la asociación lineal entre variables cuantitativas que no siguen una distribución normal. Según la tabla 74 el valor de p es de $p<0.001$, esto significa que sí existe una relación entre ambas variables. Observando el valor del coeficiente de correlación Rho de Spearman tiene un valor de 0.871 por lo que se puede decir que existe una correlación positiva y elevada entre la edad y los años al obtener el diagnóstico.

Tabla 74

Coefficiente de correlación de Spearman entre Edad y Años al obtener el diagnóstico

		Edad
Años al obtener el diagnóstico	Rho de Spearman	0.871
	valor p	< .001

Fuente: elaboración propia.

Analizando la relación entre la edad y la existencia de diferencias en la actitud de las personas profesionales entre si la persona a diagnosticar es de un género u otro, la tabla 75 se muestra un valor de $p < 0.001$, por lo que al ser menor a 0.05 significa que sí existe relación entre ambas variables.

Tabla 75

Prueba Kruskal-Wallis de Edad y Existencia de diferencias en la actitud de las personas profesionales según el género de la persona a diagnosticar

	χ^2	gl	P
Edad	11.0	1	< .001

Fuente: elaboración propia.

Relativo a la relación entre la edad y el sentimiento tras el diagnóstico el valor de p de la tabla 76 es de $p < 0.001$, por lo que sí existe relación entre ambas variables. Fijándose en el valor del coeficiente de correlación de Spearman que es de 0.274 se puede decir que existe una correlación positiva pero moderada entre la edad y el sentimiento tras el diagnóstico de las personas autistas encuestadas.

Tabla 76

Coefficiente de correlación de Spearman entre Edad y Sentimiento tras el diagnóstico

		Edad
Sentimiento tras el diagnóstico	Rho de Spearman	0.274
	valor p	< .001

Fuente: elaboración propia.

Finalmente, en lo referente a la relación entre la edad y el grado de acuerdo o desacuerdo de las personas autistas encuestadas se han obtenido los siguientes resultados. La tabla 77 muestra la relación entre la edad y el grado de acuerdo o desacuerdo respecto a ser capaz de camuflar sus dificultades. En ella se observa un valor $p = 0.006$ por lo que al ser menor a 0.05 sí existe relación. Observando el valor del coeficiente de correlación de Spearman que es 0.223 se puede decir que existe una correlación positiva pero moderada entre ambas variables.

Tabla 77

Coefficiente de correlación de Spearman entre Edad y Grado de acuerdo o desacuerdo respecto a ser capaz de camuflar sus dificultades

		Edad
Grado de acuerdo o desacuerdo respecto a ser capaz de camuflar sus dificultades	Rho de Spearman	0.223
	valor p	0.006

Fuente: elaboración propia.

Según la tabla 78, donde se recogen los datos de la relación entre la edad y el grado de acuerdo o desacuerdo respecto a tener motivación para formar y mantener amistades, el valor p es de $p=0.713$, es decir, no existe relación entre las variables.

Tabla 78

Coefficiente de correlación de Spearman entre Edad y Grado de acuerdo o desacuerdo respecto a tener motivación para formar y mantener amistades

		Edad
Grado de acuerdo o desacuerdo respecto a tener motivación para formar y mantener amistades	Rho de Spearman	-0.030
	valor p	0.713

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 79 se ha obtenido un valor de $p=0.270$, por lo que al ser mayor de 0.05 se puede decir que no existe relación entre la edad de las personas autistas encuestadas y su grado de acuerdo o desacuerdo respecto a haber tenido problema de comportamiento en el colegio.

Tabla 79

Coefficiente de correlación de Spearman entre Edad y Grado de acuerdo o desacuerdo respecto a haber tenido problemas de comportamiento en el colegio

		Edad
Grado de acuerdo o desacuerdo respecto a haber tenido problemas de comportamiento en el colegio	Rho de Spearman	-0.091
	valor p	0.270

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a la relación entre la edad y el grado de acuerdo o desacuerdo respecto a tener dificultades sociales en la tabla 80 se recoge un valor de $p=0.539$, es decir, al ser mayor a 0.05 tampoco existe relación entre ambas variables.

Tabla 80

Coefficiente de correlación de Spearman entre Edad y Grado de acuerdo o desacuerdo respecto a tener dificultades sociales

		Edad
Grado de acuerdo o desacuerdo respecto a tener dificultades sociales	Rho de Spearman	-0.051
	valor p	0.539

Fuente: elaboración propia.

Por su parte, el valor p recogido en la tabla 81 sobre la relación entre la edad y el grado de acuerdo o desacuerdo respecto a que sea más probable que le describan como persona tímida o peculiar en lugar de autista es de $p=0.914$ y por lo que no existe relación entre las variables.

Tabla 81

Coefficiente de correlación de Spearman entre Edad y Grado de acuerdo o desacuerdo respecto a que sea más probable que le describan como persona tímida o peculiar en lugar de autista

		Edad
Grado de acuerdo o desacuerdo respecto a que sea más probable que le describan como persona tímida o peculiar en lugar de autista	Rho de Spearman	0.009
	valor p	0.914

Fuente: elaboración propia.

Según la tabla 82 en la que se muestra la relación entre la edad y el grado de acuerdo o desacuerdo respecto a que sea más probable que tenga dificultades con la ansiedad el valor de p es de $p=0.079$, por lo que al ser mayor a 0.05 significa que no existe relación entre las variables analizadas.

Tabla 82

Coefficiente de correlación de Spearman entre Edad y Grado de acuerdo o desacuerdo respecto a que sea más probable que tenga dificultades con la ansiedad

		Edad
Grado de acuerdo o desacuerdo respecto a que sea más probable que tenga dificultades con la ansiedad	Rho de Spearman	0.144
	valor p	0.079

Fuente: elaboración propia.

Por último, la tabla 83 recoge la relación entre la edad y el grado de acuerdo o desacuerdo respecto a que sea más probable que tenga dificultades con la hiperactividad. En ella se recoge un valor de $p=0.433$, es decir, que al ser mayor a 0.05 no hay relación entre ambas variables.

Tabla 83

Coefficiente de correlación de Spearman entre Edad y Grado de acuerdo o desacuerdo respecto a que sea más probable que tenga dificultades con la hiperactividad

		Edad
Grado de acuerdo o desacuerdo respecto a que sea más probable que tenga dificultades con la hiperactividad	Rho de Spearman	0.065
	valor p	0.433

6. DISCUSIÓN Y REFLEXIONES FINALES

El objetivo principal de esta investigación es identificar las posibles diferencias entre los diagnósticos de autismo realizados en mujeres y hombres. Al realizar el análisis estadístico se han apreciado varias semejanzas y diferencias en comparación con la literatura analizada que permitirán refutar o corroborar las hipótesis planteadas previamente.

En cuanto a la hipótesis 1 “La edad de diagnóstico es más tardía en el caso de las mujeres autistas” son diversos los estudios que están de acuerdo con dicha afirmación (Jamison et al., 2017; Ketelaars et al., 2017; Lai et al., 2015; Rynkiewicz et al., 2016; Vidriales et al., 2019). Además, según Dillon et al. (2021) la edad de las mujeres autistas es un factor que influye en el proceso diagnóstico y hace que se tarde más en diagnosticarlas, concretamente unos 4 meses más. Montagut et al. (2018) afirman que la diferencia de tiempo entre el diagnóstico de mujeres y hombres puede llegar hasta 1.8 años. Por su parte, el análisis estadístico de los datos revela que la edad media al obtener el diagnóstico de las personas autistas encuestadas es de 27.9 años. Al desglosarla por géneros se observa que en el caso de las mujeres la edad media es de 29.4 años y la de los hombres de 25.7 años. Es decir, existe una diferencia de 3.7 años, por lo que se puede afirmar que la hipótesis planteada es cierta.

Para la segunda hipótesis “Las mujeres autistas se plantean que lo son mayoritariamente por el diagnóstico de sus hijos” aunque según Merino et al. (2020) encontraron evidencia sobre ello, los resultados obtenidos plantean que solo un 16.7% de las mujeres autistas encuestadas llegaron a sospechar que podían ser autistas al recibir el diagnóstico de sus hijos. Por lo tanto, la hipótesis debe ser refutada. Respecto a esta cuestión debe destacarse que el 31.4% de las mujeres autistas encuestadas respondieron que se habían planteado que podían ser autistas gracias a otras personas autistas. Este hecho hace notable que poco a poco el autismo está siendo más visible en la sociedad y gracias a internet y las redes sociales es más fácil para las personas autistas mostrar su realidad y visibilizar el autismo.

En tercer lugar está la hipótesis “Los instrumentos empleados para diagnosticar a personas autistas no tienen en cuenta el género”. En la literatura analizada se han encontrado estudios que afirman que casi todos los instrumentos diagnósticos de autismo se han estandarizado mediante pruebas con participantes masculinos por lo que a la hora de identificar a personas de otro género no son tan precisos (Goldman, 2013; Jamison et al., 2017; Ketelaars et al., 2017; Kopp y Gillberg, 2011; Lai et al., 2015). Otro de los problemas encontrados por Beggato et al. (2017) y Goldman (2013) es que al no ser sensibles al género muchas de las

manifestaciones de rasgos autistas que realizan las mujeres, y que son distintas a las de los hombres, pasan desapercibidas en instrumentos como el ADI-R. Además, al aplicarse normalmente este instrumento en la infancia las niñas suelen recibir menos puntuación que los niños. ya que es la etapa en la que las niñas autistas presentan menos rasgos tal y como afirman Dillon et al. (2021). Si se observan los resultados obtenidos en el análisis estadístico queda reflejado que solo un 9.6% de las personas autistas encuestadas afirma que cuando le realizaron el diagnóstico todas las preguntas hacían relación a su género, un 34.8% afirma que sí, pero solo algunas, y más de las mitas de las personas autistas encuestadas (55.7%) que ninguna pregunta hacía relación a su género. Por tanto, se puede concluir que con dichos porcentajes la afirmación queda corroborada.

Relativo a la hipótesis 4 “Existe un sesgo de género por parte de los profesionales a la hora de diagnosticar el autismo” se han encontrado evidencias en la literatura que concuerdan con ello como los estudios de Fulton et al. (2017), Goldman (2013) y Montagut et al. (2018). Además, este sesgo de género generalmente influye de forma negativa en los diagnósticos de mujeres y niñas (Kreiser y White, 2014). Tal y como encontraron Jamison et al. (2017) en su investigación el 94% de profesionales que llevan a cabo diagnósticos de autismo no realiza ninguna distinción entre hombres y mujeres, y solo un 36% de profesionales hacía uso de sus observaciones sin basarse tanto en los instrumentos estandarizados, los cuales ya se ha visto que no tienen en cuenta el género de la persona a diagnosticar. En cuanto a los datos obtenidos de las encuestas realizadas el 78% de las personas autistas considera que a la hora de realizar los diagnósticos sí existen diferencias en la actitud de las personas profesionales entre si la persona a diagnosticar es de un género u otro. Analizando los datos por género son el 82.4% de las mujeres y el 95.7% de las personas no binarias quienes opinan que sí existen diferencias, frente al 44% de los hombres. Por tanto, se puede decir que la hipótesis queda corroborada.

Sobre la hipótesis 5 “Muchas personas autistas presentan diagnósticos erróneos previos al diagnóstico de autismo” se ha obtenido como resultados que un 50% de las personas autistas encuestadas han recibido algún tipo de diagnóstico erróneo, y los más frecuentes son el trastorno de ansiedad (60%) y el trastorno por depresión (52%). Al contrario, los diagnósticos erróneos menos frecuentes son el trastorno bipolar (2.7%) y la dislexia (10.7%). En el caso de las mujeres son quienes mayor porcentaje han obtenido al preguntarles sobre la presencia de diagnóstico erróneo, con un 57.8%, seguido de las personas no binarias con un 43.5% y un 24% en el caso de los hombres. Según la literatura, Gesi et al. (2021) realizaron una investigación sobre la presencia de diagnósticos erróneos en las personas autistas y obtuvieron

que los diagnósticos más frecuentes en las mujeres autistas eran los trastornos de personalidad (805) y el TDAH en los hombres (57.1%). Por su parte, Merino et al. (2020) expusieron que las mujeres autistas tenían mayor probabilidad de ser diagnosticadas erróneamente con ansiedad o depresión. Teniendo en cuenta los datos obtenidos y lo revisado en la literatura se debe rechazar esta hipótesis.

En cuanto a la sexta hipótesis “El porcentaje de diagnósticos simultáneos o coocurrencias en el autismo es muy elevado” Madariaga y Calvo (2021) aseguran que dos tercios de las personas autistas presentan coocurrencias. Las más frecuentes son los trastornos de ansiedad, trastornos del sueño, TOC, TDAH, trastornos de conducta y/o depresión (Binelli et al., 2013; García-Villamizar, 2017; Maradiaga y Calvo, 2021). La investigación de Gesi et al. (2021) reveló que para la coocurrencia del autismo con los trastornos de ánimo el porcentaje era de un 31.1%, para la ansiedad era de un 16.4%, para el TOC de un 8.2%, un 4.9% para el TDAH y para otros problemas clínicos como problemas de conducta o trastornos del sueño de un 19.7%. Por otro lado, García-Villamizar (2017) añaden los TCA como una de las coocurrencias con mayor presencia en las personas autistas, con un 27%. Comparando estos resultados con los obtenidos en la presente investigación se observa como en el caso del porcentaje global de personas autistas encuestadas con presencia de diagnóstico simultaneo es menor del propuesto por Madariaga y Calvo (2021), siendo en este caso de un 50.7%. Se debe destacar que son las mujeres quienes presentan mayores diagnósticos simultáneos (57.8%) seguido de las personas no binarias (43.5%) y finalmente los hombres (28%). En cuanto a los diferentes tipos de coocurrencias se ha obtenido que el porcentaje de personas autistas encuestadas que presentan ansiedad es mayor, con un 55.3%, lo mismo ocurre con la depresión o trastornos de ánimos siendo de un 40.8%, con el TOC (18.4%), con el TDAH (25%) y con los trastornos/dificultades de sueño (21.1%). Sin embargo, el porcentaje obtenido para los TCA es menor que lo recogido en la literatura, siendo de un 14.5%. Por lo que, en base a todo esto, la hipótesis 6 debe ser aceptada, ya que pese a no alcanzar las cifras propuestas en la literatura sobre la población total de personas autistas se considera que los elevados porcentajes obtenidos en las diferentes coocurrencias son suficientes para corroborar la hipótesis.

Para la hipótesis 7 “En la infancia los niños autistas suelen presentar mayores problemáticas” en la literatura expuesta se afirma que en la infancia las niñas suelen prostrar menos rasgos autistas (Dillon et al., 2021) y que su perfil sensorial difiere del de los niños (Rynkiewicz et al., 2016) ya que éstos muestran menor desarrollo social (Jamison et al., 2017) con problemáticas en la comunicación e interacción social (Goldman, 2013; Ketelaars et al.,

2017) y agresividad e hiperactividad (Ruggieri y Arberas, 2016). Según los resultados analizados se ha obtenido que todas las personas autistas encuestadas han obtenido porcentajes superiores al 95% en cuanto a la presencia de dificultades específicas en la infancia, sin que haya diferencias entre las mujeres, hombres y personas no binarias. Por ello se afirma que, pese a que en la literatura sí se hayan encontrado evidencias, la hipótesis planteada debe rechazarse al no haber distinción en cuanto al género en los resultados obtenidos.

Referente a la hipótesis 8 “Ante dificultades en la infancia, la idea de que pudieran ser autistas se planteó más en niños que en niñas” los datos que se han obtenido muestran que de todas las personas autistas encuestadas solo un 14% se plantearon la idea de que fuesen autistas ante dificultades específicas en la infancia. Sin embargo, sí existen diferencias en cuanto al género ya que en el caso de los hombres el porcentaje es de un 37.5% mientras que en las mujeres y personas no binarias los porcentajes descienden hasta un 9.3% y 9.1% respectivamente. Según la literatura una de las causas de esta diferencia puede ser debida a que, como ya se ha comentado, en la infancia las niñas muestran un mejor desarrollo social con más habilidades y comportamientos acorde a lo que se espera de sus pares neurotípicos, con muestras de empatía y cariño (Jamison et al., 2017, Montagut et al., 2018; Ruggieri y Arberas, 2016), por tanto, al no tener rasgos autistas tan marcados pueden generar dudas sobre su autismo según Goldman (2013). De acuerdo con todo esto, la hipótesis 8 se considera corroborada.

En noveno lugar está la hipótesis “Las mujeres autistas imitan más las interacciones sociales y enmascaran sus rasgos autistas”. Son diversos los estudios que recogen que las mujeres presentan una capacidad de enmascarar los rasgos autistas mayor que los hombres (Dillon et al., 2021; Gesi et al., 2021; Lai et al., 2015; Vidriales et al., 2019). Además, para Kreiser y White (2014) y Ruggieri y Arberas, (2016) las mujeres pueden suplir las carencias en la interacción social mediante la imitación de los comportamientos sociales de otras personas, la tonalidad de la voz y ciertas expresiones facilitando así los procesos comunicativos. Según los datos obtenidos de las encuestas un 69.6% de las mujeres autistas encuestadas afirma que imita las interacciones sociales todos o casi todos los días, mientras que en el caso de los hombres el porcentaje es de un 48% y un 65.2% para las personas no binarias. En cuanto a la capacidad de camuflar las dificultades se ha obtenido que un 78.5% de las mujeres autistas encuestadas está de acuerdo o muy de acuerdo con dicha afirmación, frente al 68% de los hombres y al 60.9% de las personas no binarias. Así pues, la hipótesis 9 queda corroborada.

Sobre la hipótesis 10 “Las mujeres autistas son más sociables que los hombres” ya se ha visto que los estudios de Montagut et al. (2018) y Ruggieri y Arberas (2016) recogen que las mujeres y niñas poseen mejores habilidades sociales que los hombres. Asimismo, uno de los hallazgos de la investigación llevada a cabo por Beggiato et al. (2017) fue que al evaluar a menores autistas las niñas obtuvieron puntuaciones más elevadas en el área de la reciprocidad en las interacciones sociales que los niños autistas, debido al uso de expresiones faciales al comunicarse por parte de las niñas. Por otro lado, también se ha observado que las niñas autistas tienden a reconocer mejor las emociones y a tener unas habilidades sociales más óptimas (Jamison et al., 2017; Ruggieri y Arberas, 2016). En cuanto a los resultados obtenidos se puede ver que son un 92.2% las mujeres que afirman estar de acuerdo o muy de acuerdo con tener dificultades sociales, mientras que en el caso de los hombres el porcentaje es de un 88%. En consecuencia, la hipótesis debe rechazarse.

Relativo a la hipótesis 11 “Las mujeres autistas presentan menores intereses restringidos que los hombres” también es relevante la investigación de Beggiato et al. (2017), ya que encontraron que las niñas autistas puntuaron más bajo que los niños autistas en los ítems relacionados con los intereses restringidos, las conductas repetitivas y estereotipias. Resultados similares se obtuvieron en otros estudios que afirman que en el caso de las mujeres autistas presentan menos conductas de este tipo y al mismo tiempo son menos graves (Beggiato et al., 2017; Harrop et al., 2014; Jamison et al., 2017; Lai et al., 2015; Ruggieri y Arberas, 2016). Mediante el análisis de los datos se ha obtenido que un 75.5% de las mujeres autistas encuestadas afirma realizar conductas repetitivas y presentar intereses restringidos todos o casi todos los días, frente al 88% de los hombres. Destaca que este porcentaje se eleva bastante más en el caso de las personas no binarias alcanzando un 95.7%. Por tanto, la hipótesis queda corroborada.

Finalmente, se encuentra la hipótesis 12 “A las mujeres autistas se las suele percibir como tímidas”, con la cual Goldman (2013) muestra estar de acuerdo. Según los resultados obtenidos las mujeres autistas encuestadas afirman en un 87.3% de los casos estar de acuerdo o muy de acuerdo con que sea más probable que se le describa como persona tímida o peculiar en lugar de autista. Similar es el porcentaje de las personas no binarias con un 87.4%. Sin embargo, el porcentaje de hombres que está de acuerdo o muy de acuerdo con la afirmación desciende a un 76%. Por consiguiente, se corrobora la hipótesis.

Como conclusiones se puede afirmar que sí que existen diferencias/sesgo de género en los procesos diagnósticos de personas autistas mayores de 18 años en España. Como se ha visto

los instrumentos empleados para diagnosticar el autismo han sido construidos en base a muestras masculinas y los rasgos autistas que se recogen en los criterios diagnósticos también están basados en perfiles masculinos. Por otro lado, tal y como se recoge en el DSM-5 existen diferencias de género, aunque sutiles, en la manifestación de rasgos relacionados con las dificultades sociales y de comunicación. Asimismo, la hipótesis que hace referencia a esta cuestión ha quedado corroborada. También se puede afirmar que las propias personas profesionales que realizan estos diagnósticos presentan sesgos de género.

Otro de los factores diferencial entre géneros es la manifestación de los rasgos autistas. Se ha comprobado que tanto hombres como mujeres presentan dificultades en la infancia, sin embargo es en el caso de los niños cuando más se plantea la idea de que puedan ser autistas. Esto se debe a que, como se ha visto, las niñas pasan desapercibidas y se tiende a considerar la idea de que sean tímidas antes que autistas. Todavía es desconocido el fenotipo femenino de autismo, pero se sabe que éstas poseen una mayor capacidad de interrelacionarse con otras personas debido a su capacidad de *masking* mediante la imitación. Por otro lado, al no presentar tantas estereotipias e intereses restringidos como los hombres su autismo es menos visible, acabando por llegar a ser invisibilizadas incluso en los procesos diagnósticos.

Por otro lado se encuentra la problemática de los diagnósticos erróneos, que pese a que el dato obtenido en los análisis ha resultado ser de un 50% se considera que sigue siendo demasiado elevado. El hecho de recibir otros diagnósticos diferentes al de autismo provoca que las personas autistas no puedan acceder a los recursos que necesitan, generándose así desigualdades. Esto es más acusado en el caso de las mujeres ya que se les tiende a diagnosticar antes de trastornos de la personalidad o trastornos de ánimo, entre otros. Y el proceso hasta que se llega al diagnóstico real puede ser complejo y angustioso, ya que no es solo la etiqueta que se les pone con ese diagnóstico, los cuales en muchas ocasiones están estigmatizados socialmente, sino que con frecuencia estos diagnósticos van acompañados de fármacos que realmente no necesitan estas personas. Además, está el sentimiento de incertidumbre que produce no sentir con seguridad que ese diagnóstico que se te ha impuesto sea el correcto puesto que las personas autistas ven que hay cosas que siguen sin encajar.

Todo esto influye en que la edad de diagnóstico de las mujeres sea más elevada, por lo que la probabilidad de que reciban diagnósticos tardíos es mucho mayor que los hombres, y en numerosos casos, si no presentan graves problemas los diagnósticos no llegan hasta la edad adulta.

Por tanto, como conclusión final se plantean una serie de recomendaciones tales como tener en cuenta la influencia de factores socioculturales intrapersonales en la detección y el diagnóstico de las personas autistas. Además, se debe incluir a las mujeres en las investigaciones sobre autismo para poder reflejar las diferencias de género y que poco a poco tanto los instrumentos diagnósticos como los criterios recogidos en los manuales diagnósticos se vayan actualizando para recoger estas diferencias en la manifestación de los rasgos autistas y sean así sensibles al género.

Igualmente es importante visibilizar la realidad de las mujeres autistas no solo en la edad adulta sino también en la infancia y juventud, ya que cuanto antes se realice el diagnóstico y se vean los rasgos autistas que poseen las personas antes se podrá determinar en qué áreas o ámbitos de su vida diaria van a necesitar apoyos y la magnitud de los mismos. Además, la visibilización ayuda a que aquellas mujeres que puedan tener alguna sobre sí son autistas, al verse reflejadas en las experiencias de otras mujeres autistas decidan empezar un proceso diagnóstico profesional.

Por otro lado, una mayor visibilización del autismo femenino ayudará a que en las escuelas puedan observarse señales de alerta que al no conocer estas diferencias de género pasan desapercibidas. Así, muchas mujeres autistas llegarían a la edad adulta ya con un diagnóstico, que en muchas ocasiones es complejo realizar en edades tardía por la capacidad de aprendizaje y camuflaje que han ido desarrollando durante años.

Todo este mayor conocimiento sobre el autismo no solo ayuda a las mujeres en cuanto a la investigación y al diagnóstico, sino que en muchos aspectos de su vida diaria, como por ejemplo en su vida profesional, puede significar una facilidad a la hora de ser más comprendidas. Si las personas neurotípicas conocen los rasgos del autismo no verán extraño que una persona por ejemplo necesite en algún momento del día realizar *stimmings* y normalizarán estos comportamientos evitando el esfuerzo que les supone a las personas autistas adaptarse a la sociedad. Al fin y al cabo el autismo es una forma de ser, y nadie debería esconderse u ocultar parte de su personalidad.

7. LIMITACIONES EN LA INVESTIGACIÓN

Existen algunas limitaciones que deben tenerse en cuenta al interpretar los resultados de esta investigación. La principal de ellas es la dificultad de acceso a este colectivo y que va a resultar un esfuerzo extra en la captación de participantes, tal y como se explica en el subapartado 4.3., y que, por lo tanto, provoca una imposibilidad de establecer ninguna representatividad dado que actualmente no se tiene ninguna estimación precisa del número de personas autistas en España. Sin embargo, esta limitación es común a todos los estudios que se han llevado a cabo a nivel nacional y gran parte de los estudios a nivel internacional con este tipo de población.

Por otro lado, aunque se ha visto que la proporción entre hombres y mujeres autistas es de aproximadamente 4/1, al difundir la investigación en redes sociales donde hay una mayor presencia de mujeres autistas y enviar el cuestionario a entidades específicas de mujeres autistas (entre otras entidades de personas autistas) se puede observar una sobrerrepresentación de las mujeres en la muestra final pudiendo provocar una infrarrepresentación de las experiencias de los hombres autistas. Sin embargo, también creo que es importante mostrar la realidad de las mujeres autistas ya que es principalmente este grupo el que ha sido ignorado en gran medida en la investigación de autismo hasta ahora.

Otra limitación relativa a la muestra es el tamaño. Al ser un tamaño de muestra relativamente pequeño es difícil encontrar relaciones y generalizaciones significativas en los datos analizados. Asimismo, únicamente se muestra la realidad de las personas autistas residentes en España, por lo que en futuras investigaciones se podría ampliar el tamaño de la muestra así como extenderlo a otros contextos geográficos.

Además, prácticamente en todos las investigaciones consultadas se analizan los resultados haciendo distinción entre mujeres y hombres y solamente en tres de ellos se incluyen a las personas no binarias autistas. Por lo que se considera que se está omitiendo la realidad de una parte de la comunidad autista que cada vez está en aumento. Se recomienda que para futuras investigaciones se incluya a las personas no binarias autistas y se analicen los resultados teniéndolas en cuenta.

En cuanto al propio diagnóstico de autismo también existe una limitación ya que se decidió incluir tanto a personas autistas con un diagnóstico profesional oficial como a aquellas que se habían auto-diagnosticado por sí mismas, independientemente de que estén a la espera de un diagnóstico oficial. Hoy en día, gracias a internet se encuentran publicados muchos de

los instrumentos diagnósticos empleados por profesionales, por lo que muchas personas autistas pasan por un proceso de auto-diagnóstico previo al oficial debido a la demora de los servicios sanitarios para realizar este proceso diagnóstico y en parte a no poder permitirse el coste de solicitar un diagnóstico en servicios privados en los casos en que el tiempo de espera en los servicios públicos sea muy elevado. Sin embargo, se debe decir que en la muestra de esta investigación el porcentaje de personas autistas que aún no ha recibido un diagnóstico profesional oficial es del 22% (ver Tabla 2).

Finalmente, referente al instrumento empleado para recoger los datos existe una limitación ya que no se incluyó ninguna pregunta sobre el instrumento empleado en el proceso diagnóstico de las personas autistas encuestadas. Como se ha visto existen algunos instrumentos diagnósticos que sí tienen en cuenta, aunque de forma muy genérica, las diferencias entre géneros. Por lo tanto, en las preguntas relativas al instrumento diagnóstico pueden existir diferencias en las respuestas según hayan sido diagnosticadas con uno u otro.

8. PLAN DE DIFUSIÓN Y DEVOLUCIÓN DE RESULTADOS

Se pretende dar a conocer la investigación mediante la máxima difusión de los resultados obtenidos, que muestran, a nivel empírico, que existe un sesgo de género en el proceso diagnóstico de personas autistas mayores de 18 años en España.

Dicha difusión se hará llegar a la comunidad científica a través de la publicación de los resultados en revistas científicas o revistas de divulgación, la asistencia y presentación de comunicaciones en congresos profesionales y el perfil de la investigación en la red social Instagram donde se publiquen los avances y resultados más relevantes.

En lo referente al plan de transferencia, y para que el cambio pueda llegar a la sociedad en general y no se quede únicamente en el ámbito científico, se darán a conocer los resultados a distintas entidades de personas autistas que puedan estar interesadas, no solo aquellas que trabajan específicamente con mujeres.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y DOCUMENTALES

- Albores-Gallo, L., Hernández-Guzmán, L., Díaz-Pichardo, J.A. y Cortes-Hernández, B. (2008). Dificultades en la evaluación y diagnóstico del autismo. Una discusión. *Salud mental*, 31(1), 37-44. <https://go.uv.es/paXJ0IJ>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5)*. American Psychiatric Publishing. <https://go.uv.es/cQ4vvq0>
- Amor, A. y Parra, I. (2019). ¿Dónde están los ancianos con autismo?: un estudio descriptivo en población adulta. *Actas españolas de psiquiatría*, 47(5), 202-203. <https://go.uv.es/2zuJbdh>
- Armstrong, T. (2012). *El poder de la neurodiversidad. Las extraordinarias capacidades que se ocultan tras el autismo, la hiperactividad, la dislexia y otras diferencias cerebrales*. Paidós Transiciones.
- Baquerizo, M.L. (2013). Modelo de comunicación autista desde los lineamientos metodológicos de la teoría cognitiva sistémica de la comunicación. *Apuntes de Ciencia & Sociedad*, 3(1), 26-35. <https://doi.org/10.18259/acs.2013004>
- Baron-Cohen, S. (2002). The extreme male brain theory of autism. *Trends in Cognitive Sciences*, 6(6), 248-254. [https://doi.org/10.1016/s1364-6613\(02\)01904-6](https://doi.org/10.1016/s1364-6613(02)01904-6)
- Beggiato, A., Peyre, H., Maruani, A., Scheid, I., Rastam, M., Amsellem, F., Gillberg, C.I., Leboyer, M., Bourgeron, T., Gillberg, C y Delorme, R. (2017). Gender differences in autism spectrum disorders: Divergence among specific core symptoms. *Autism Research*, 10(4), 680-689. <https://doi.org/10.1002/aur.1715>
- Binelli, C., Caupena, G. y Pedreño, C. (2013). Uniendo las piezas del puzzle: a propósito de un caso de trastorno del espectro autista adulto. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(119), 617-625. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352013000300012>
- Borrell, C. y Artazcoz, L. (2008). Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. *Revista Española de Salud Pública*, 82(3), 245-249. <https://go.uv.es/vpSQ6yX>
- Brown, C.M., Attwood, T., Garnett, M., y Stokes, M.A. (2020). Am I Autistic? Utility of the Girls Questionnaire for Autism Spectrum Condition as an Autism Assessment in Adult Women. *Autism in Adulthood*, 2(3), 216-226. <http://doi.org/10.1089/aut.2019.0054>

- Cabanillas-Monferrer, T y Giménez-Bonafé, P. (2022). El sesgo de género en la asistencia sanitaria: definición, causas y consecuencias en los pacientes. *Musas*, 7(1), 106-129. <https://doi.org/10.1344/musas2022.vol7.num1.6>
- Cea-D'Ancona, M.A. (2012). *Fundamentos y aplicaciones en metodología cuantitativa*. Síntesis.
- CIHR IRSC. (2012). *What a Difference Sex and Gender Make. A Gender, Sex and Health Research Casebook*. Institute of Gender and Health of the Canadian Institutes of Health Research. <https://go.uv.es/0EtHbku>
- Davison, K. y Frank, B. (2006). Sexualities, Genders, and Bodies in Sport: Changing Practices of Inequity. En K. Young y P. White (Eds.), *Sport and gender in Canada* (178-193). Oxford University Press. <http://hdl.handle.net/10379/5146>
- Dillon, E.F., Kanne, S., Landa, R.J., Annett, R., Bernier, R., Bradley, C., Carpenter, L., Kim, S.H., Parish-Morris, J., Schultz, R. y Wodka, E.L. (2021). Sex Differences in Autism: Examining Intrinsic and Extrinsic Factors in Children and Adolescents Enrolled in a National ASD Cohort. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-05385-y>
- Dworzynski, K., Ronald, A., Bolton, P. y Happé, F. (2012). How different are girls and boys above and below the diagnostic threshold for autism spectrum disorders? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51, 788-797. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.05.018>
- Evans, S.C., Boan, A.D., Bradley, C. y Carpenter, L.A. (2019). Sex/Gender Differences in Screening for Autism Spectrum Disorder: Implications for Evidence-Based Assessment. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48(6), 840-854. <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1437734>
- Fulton, A.M., Paynter, J.M. y Trembath, D. (2017). Gender comparisons in children with ASD entering early intervention. *Research in Developmental Disabilities*, 68, 27-34. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2017.07.009>
- García, L., Díaz M., Azul, M. y Palanca, I. (2020). Una presentación no tan atípica: autismo en mujeres. *Revista De Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 37(3), 29-34. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v37n3a4>

- García, M.M. (Ed.), Jiménez, M.L. y Martínez, E. (2013). *Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud*. Escuela Andaluza de Salud Pública. <https://go.uv.es/0MEjszB>
- García-Villamizar, D. (2017). Dolor en personas adultas con un trastorno del espectro del autismo (TEA) y comorbilidad: un análisis mediacional. *Revista Española de Discapacidad*, 5(2), 73-86. <http://hdl.handle.net/11181/5281>
- Garrido, G. (2 de abril, 2022). Autismo femenino: toda una vida camuflando los síntomas para encajar. *Diari ARA*. <https://go.uv.es/19iv6QU>
- Gesi, C., Migliarese, G., Torriero, S., Capellazzi, M., Omboni, A.C., Cerveri, G. y Mencacci, C. (2021). Gender Differences in Misdiagnosis and Delayed Diagnosis among Adults with Autism Spectrum Disorder with No Language or Intellectual Disability. *Brain Sciences*, 11(7), 1-9. <https://doi.org/10.3390/brainsci11070912>
- Goldman, S. (2013). Opinion: Sex, gender and the diagnosis of autism - A biosocial view of the male preponderance. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(6), 675-679. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2013.02.006>
- González, D. (17 de marzo, 2022). Mujeres adultas y autismo: un tardío diagnóstico que trae alivio. *La Tercera*. <https://go.uv.es/6jOulIv>
- Grosso, M.L. (2021). El autismo en los manuales diagnósticos internacionales: cambios y consecuencias en las últimas ediciones. *Revista Española de Discapacidad*, 9(1), 273-283. <https://doi.org/10.5569/2340-5104.09.01.15>
- Guerra, S., Spoto, A., Castiello, U. y Parma, V. (2019). Sex Differences in Body Ownership in Adults with Autism Spectrum Disorder. *Frontiers in Psychology*, 10(168), 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00168>
- Happé, F. Y Frith, U. (2020). Annual Research Review: Looking back to look forward – changes in the concept of autism and implications for future research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(3), 218-232. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13176>
- Harrop, C., Shire, S., Gulsrud, A., Chang, Y.-C., Ishijima, E., Lawton, K. y Kasari, C. (2014). Does Gender Influence Core Deficits in ASD? An Investigation into Social-Communication and Play of Girls and Boys with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(3), 766-777. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2234-3>

- Hervás A. (2016). Un autismo, varios autismos. Variabilidad fenotípica en los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, 62(Supl.1): S9-S14.
<https://doi.org/10.33588/rn.62S01.2016068>
- Heylens, G., Aspeslagh, L., Dierickx, J., Baetens, K., Van Hoorde, B., De Cuypere, G. y Elaut, E. (2018). The Co-occurrence of Gender Dysphoria and Autism Spectrum Disorder in Adults: An Analysis of Cross-Sectional and Clinical Chart Data. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(6), 2217-2223. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3480-6>
- Instituto Nacional de Estadística (1 de julio, 2021). *Demografía y población. Cifra de población y censos demográficos. Cifras de población. Series detalladas desde 2002*. [Fichero de datos]. Recuperado el 17 de mayo de 2022 de <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=9663>
- Jamison, R., Bishop, S.L., Huerta, M. y Halladay, A.K. (2017). The clinician perspective on sex differences in autism spectrum disorders. *Autism*, 21(6), 772-787.
<https://doi.org/10.1177%2F1362361316681481>
- Jensen, C.M., Steinhausen, H.C., y Lauritsen, M.B. (2014). Time trends over 16 years in incidence-rates of autism spectrum disorders across the lifespan based on nationwide Danish register data. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44, 1808-1818.
<https://doi.org/10.1007/s10803-014-2053-6>
- Ketelaars, M. P., In't Velt, A., Mol, A., Swaab, H., Bodrij, F. y van Rijn, S. (2017). Social attention and autism symptoms in high functioning women with autism spectrum disorders. *Research in Developmental Disabilities*, 64, 78-86.
<https://doi.org/10.1016/j.ridd.2017.03.005>
- Klin, A., Klaiman, C. y Jones, W. (2015). Rebajar la edad de diagnóstico del autismo: la neurociencia del desarrollo social afronta un importante problema de salud pública. *Revista de Neurología*, 60(Supl.1), S3-S11.
<http://dx.doi.org/10.33588/rn.60S01.2015019>
- Kopp, S. y Gillberg, C. (2011). The Autism Spectrum Screening Questionnaire (ASSQ)-Revised Extended Version (ASSQ-REV): An instrument for better capturing the autism phenotype in girls? A preliminary study involving 191 clinical cases and community controls. *Research in Developmental Disabilities*, 32(6), 2875-2888.
<https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.05.017>

- Kreiser, N.L. y White, S.W. (2014). ASD in Females: Are We Overstating the Gender Difference in Diagnosis? *Clinical Child and Family Psychology Review*, 17(1), 67-84. <https://doi.org/10.1007/s10567-013-0148-9>
- Kung, K.T.F. (2020). Autistic traits, systemising, empathising, and theory of mind in transgender and non-binary adults. *Molecular Autism*, 11(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s13229-020-00378-7>
- Kung, K.T.F., Spencer, D., Pasterski, V., Neufeld, S., Glover, V., O'Connor, T.G., Hindmarsh, P.C., Hughes, I.A., Acerini, C.L. y Hines, M. (2016). No relationship between prenatal androgen exposure and autistic traits: convergent evidence from studies of children with congenital adrenal hyperplasia and of amniotic testosterone concentrations in typically developing children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(12), 1455-1462. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12602>
- Lai, M.-C., Lombardo, M.V., Auyeung, B., Chakrabarti, B. y 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. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.003>
- Lai, M.-C., Lombardo, M.V., Pasco, G., Ruigrok, A.N.V., Wheelwright, S.J., Sadek, S.A., Chakrabarti, B., MRC AIMS Consortium y Baron-Cohen, S. (2011). A behavioral comparison of male and female adults with high functioning autism spectrum conditions. *PLoS ONE*, 6(6), e20835. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0020835>
- Legault, M., Bourdon, J-N. y Poirier, P. (2021). From neurodiversity to neurodivergence: the role of epistemic and cognitive marginalization. *Synthese*, 12843-12868. <https://doi.org/10.1007/s11229-021-03356-5>
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres (BOE núm.71, de 23 de marzo de 2007). <https://www.boe.es/buscar/pdf/2007/BOE-A-2007-6115-consolidado.pdf>
- Loomes, R., Hull, L. y Mandy, W.P.L. (2017). What Is the Male-to-Female Ratio in Autism Spectrum Disorder? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(6), 466-474. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.03.013>
- López, C. y Pereira, A. (2021). Autismo e inclusión social a lo largo de la vida: mirando hacia el futuro. En C. Márquez Vázquez (Ed.), *Transformación universitaria. Retos y*

- oportunidades* (69-80). Ediciones Universidad de Salamanca.
<https://doi.org/10.14201/0AQ0310>
- López, J.M., de Jesús, G., Bravo, G., Ramos, M. y Ríos, N. (2019). Autismo y personalidades con trastornos de la conducta autista. *Panorama. Cuba y Salud*, 14(1), 53-61.
<https://go.uv.es/MFATNY0>
- López, M. (2012). Problemas metodológicos en las investigaciones sobre las capacidades intelectuales en el espectro autista: el caso de la perfección del condicional. *Alpha*, (34), 117-132. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22012012000100008>
- López, M.R. (2022). El enfoque de género en la investigación en ciencias de la salud. ¿Diferencias o desigualdades? *Encuentros Multidisciplinares*, 70, 1-8.
<http://hdl.handle.net/10486/702749>
- Macías, D., Martín, P. y Villagrán, J. (2014). Aproximación al perfil de personalidad de adultos con trastorno del espectro autista mediante el MMPI-2: datos preliminares. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(124), 695-710.
<https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352014000400004>
- Marton, A. (18 de junio, 2022). Descubrí que soy autista en mi vida adulta: el diagnóstico tardío de muchas mujeres del espectro y cómo saberlo cambió sus vidas. *The Clinic*.
<https://go.uv.es/30RSXqw>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud*. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Mandy, W., Chilvers, R., Chowdhury, U., Salter, G., Seigal, A. y Skuse, D. (2012). Sex differences in autism spectrum disorder: evidence from a large sample of children and adolescents. *Journal of autism and developmental disorders*, 42, 1304-1313.
<https://doi.org/10.1007/s10803-011-1356-0>
- Maradiaga, A. y Calvo, R. (2021). Calidad de Vida de los jóvenes con Trastorno del Espectro Autista en la transición a la edad adulta. *Revista De Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 38(3), 14-23. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v38n3a3>
- Merino, M., D'Agostino, C., de Sousa, V., Gutiérrez, A., Morales, P., Pérez, L., Camba, O., Garrote, L. y Amat, C. (2020). *Guía de Buenas Prácticas en Niñas, Adolescentes y Mujeres con Trastorno del Espectro del Autismo*. Asociación Española de Profesionales del Autismo (AETAPI). <https://go.uv.es/ElE5u0N>

- Mestas, L., Gordillo, F., Castillo-Parra, G. y Escotto, A.E. (2016). Diagnóstico y tratamiento de los trastornos del espectro autista: eye-tracking e integración sensorial. *Edupsykhé. Revista De Psicología Y Educación*, 15(1), 93-110. <https://go.uv.es/KSdrm8z>
- Montagut, M., Más, R.M., Fernández, M.I. y Pastor, G. (2018). Influencia del sesgo de género en el diagnóstico de trastorno de espectro autista: una revisión. *Escritos de Psicología*, 11(1), 42-54. <http://hdl.handle.net/11181/5524>
- Morales-Hidalgo, P., Merino, M., Gutiérrez, A., Garrote, L., Amat, C., D'Agostino, C.I. y Pérez, L. (2021). Self-Perceived Quality of Life in Spanish-Speaking Women with Autism Spectrum Disorders. *Journal of autism and developmental disorders*. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-05400-2>
- Morales-Hidalgo, P., Roigé-Castellví, J., Hernández-Martínez, C., Voltas, N. y Canals, J. (2018). Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among Spanish school-age children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48, 3176-3190. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3581-2>
- Muyor, J. (2011). La (con)ciencia del Trabajo Social en la discapacidad: Hacia un modelo de intervención social basado en derechos. *Documentos de Trabajo Social*, (49), 9.33. <https://go.uv.es/K6z4OMy>
- Oppenheim, M. (23 de marzo, 2022). Miles de mujeres más se someten a pruebas de autismo después de “no haber sido detectado durante décadas”. *INDEPENDENT en Español*. <https://go.uv.es/Nogb9lw>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª revisión*. Organización Mundial de la Salud. <https://icd.who.int/es>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Género y salud. *Organización Mundial de la Salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
- Palacios, A y Romañach, J. (2006). *El modelo de la diversidad: la bioética y los derechos humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional*. Diversitas. <http://hdl.handle.net/10016/9899>
- Pikara Magazine. (2018). *Guía rápida uso inclusivo del castellano*. Dirección para la Igualdad de la UPV/EHU. <https://go.uv.es/E7MKf1D>
- Posada, M. y Canal-Bedia, R. (2021). El trastorno del espectro autista en la Unión Europea (ASDEU). *Siglo Cero. Revista Española Sobre Discapacidad Intelectual*, 52(2), 43-59. <https://doi.org/10.14201/scero20215224359>

- Reaño, E. (2019). *El Retorno a la Aldea. Neurodiversidad, autismo y eletronalidad*. EITA. Equipo de Investigación y Trabajo en Autismo.
- Reviejo, S. (13 de octubre, 2021). Mujeres que descubren a los 40 años que tienen autismo porque las evaluaciones se rigen por criterios machistas. *Público*. <https://go.uv.es/jzj475Y>
- Rey, M. (18 de febrero, 2022). Cuando el diagnóstico de autismo llega en la edad adulta: "En ese momento empiezas a entenderte". *RTVE*. <https://go.uv.es/HBn01vP>
- Ruggieri V.L. y Arberas C.L. (2016). Autismo en las mujeres: aspectos clínicos, neurobiológicos y genéticos. *Revista de Neurología*, 62(Supl.1), S21-S26. <https://doi.org/10.33588/rn.62S01.2016009>
- Ruiz, M.T. (2009). *Sesgos de género en la atención sanitaria*. Escuela Andaluza de Salud Pública. <https://go.uv.es/VwjG0Ee>
- Rynkiewicz, A., Schuller, B., Marchi, E., Piana, S., Camurri, A., Lassalle, A. y Baron-Cohen, S. (2016). An investigation of the 'female camouflage effect' in autism using a computerized ADOS-2 and a test of sex/gender differences. *Molecular autism*, 7(10), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s13229-016-0073-0>
- Sáinz, B. (15 de mayo, 2022). El sesgo de género en las mujeres con autismo: menos valoraciones, más camuflaje social y mayor cuestionamiento del diagnóstico. *elDiario.es*. <https://go.uv.es/vETGQ9M>
- Sampedro-Tobón, M.E., González-González, M., Vélez-Vieira, S. y Lemos-Hoyos, M. (2013). Detección temprana en trastornos del espectro autista: una decisión responsable para un mejor pronóstico. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 70(6), 456-466. <https://go.uv.es/dsNBy0r>
- Sánchez, S.A. (2020). Paradigma de la neurodiversidad: una nueva forma de comprender en Trastorno del Espectro Autista. *Revista de Estudiantes de Terapia Ocupacional*, 7(1), 19-35. <https://go.uv.es/NUzmxH5>
- Sánchez, T. (2018). Políticas sanitarias e igualdad entre mujeres y hombres. *Revista de Bioética y Derecho*, (43), 179-192. <https://go.uv.es/DnN0exc>
- Stagg, S.D. y Vincent, J. (2019). Autistic traits in individuals self-defining as transgender or nonbinary. *European Psychiatry*, 61, 17-22. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.06.003>

- Sánchez-Recio, R., Alonso-Pérez, J.P., Gasch-Gallén, A. y Aguilar-Palacio, I. (2021). Desigualdades de género en la utilización de servicios sanitarios, España 2006-2017. *Salud Publica de México*, 63(2), 190-200. <https://doi.org/10.21149/11384>
- Stenning, A. y Bertilsdotter, H. (2021). Neurodiversity studies: mapping out possibilities of a new critical paradigm. *Disability & Society*, 36(9), 1532-1537. <https://doi.org/10.1080/09687599.2021.1919503>
- The Jamovi Project (2022). *Jamovi*. (Version 2.3) [Computer Software]. <https://www.jamovi.org>.
- Thompson, T., Caruso, M. y Ellerbeck, K. (2003). Sex matters in autism and other developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*, 7(4), 345-362. <https://doi.org/10.1177/1469004703074003>
- Vázquez-Santiago, S. y Garrido, F. (2016). El enfoque de género en las necesidades de atención sociosanitaria. *Enfermería Clínica*, 26(1), 76-80. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.09.003>
- Vidriales, R., Hernández, C., Plaza, M., Gutiérrez, C. y Sánchez, C. (22 de noviembre, 2019). *¿Cuál es la situación de las mujeres y niñas con trastorno del espectro del autismo y discapacidad intelectual en España?* [Comunicación en congreso]. II Encuentro de Investigación AETAPI, Valladolid. <https://go.uv.es/oG659LM>
- Vidriales, R., Plaza, M., Gutiérrez, C. y Sánchez, C.E. (2018). *Cuidados paliativos en personas con trastorno del espectro del autismo*. Confederación Autismo España. <https://go.uv.es/0WKGOEI>
- Wagaman, M. A., Shelton, J. y Carter, R. (2018). Queering the Social Work Classroom: Strategies for Increasing the Inclusion of LGBTQ Persons and Experiences. *Journal of Teaching in Social Work*, 38(2), 166-182, <https://doi.org/10.1080/08841233.2018.1430093>
- Woods, N.F., y Tsui, A.O. (2014). Editorial: Epidemiologic approaches to women's health. *Epidemiologic Reviews*, 36, 1-4. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxt013>
- Zeidan, J., Fombonne, E., Scolah, J., Ibrahim, A., Durkin, M. S., Saxena, S., Yusuf, A., Shih, A. y Elsabbagh, M. (2022). Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Research*, 15(5), 778-790. <https://doi.org/10.1002/aur.2696>



ANEXOS

ANEXO 1. CUESTIONARIO

INTRODUCCIÓN

Hola. Me llamo Tania Ruiz Gil, soy estudiante del Máster de Bienestar Social de la Universitat de València y estoy realizando una investigación para mi Trabajo Final de Máster (TFM).

El objetivo principal es identificar las posibles diferencias/sesgo de género entre los diagnósticos de autismo realizados a mujeres y hombres en España, y corroborar si como consecuencia de esas diferencias se produce un diagnóstico tardío en las mujeres autistas.

El cuestionario, por tanto, está dirigido a personas autistas mayores de 18 años que vivan en España. Tu participación es fundamental para conocer la realidad de las personas autistas en primera persona y poder seguir realizando actuaciones para mejorar su bienestar.

Este cuestionario es anónimo y voluntario. La información recogida es confidencial y no se usará para ningún otro propósito ajeno a esta investigación. En el siguiente enlace puedes encontrar más detalles:

<https://www.dropbox.com/s/oehjmg0gm23lgy3/Consentimiento%20informado.pdf?dl=0>

Al responder el cuestionario declaras haber leído el anterior documento y das el consentimiento para participar en este estudio.

Finalmente, te facilito mi correo electrónico por si deseas ponerte en contacto ante cualquier duda → taruiz2@alumni.uv.es

¡Muchas gracias de antemano por tu participación!

CUESTIONARIO

BLOQUE A. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.

A1. ¿Estás rellenando esta encuesta con el apoyo de otra persona?

- a) Sí
- b) No

A2. ¿Qué edad tienes?

A3. ¿Con qué género te identificas?

- a) Femenino
- b) Masculino
- c) Persona no binaria
- d) Otros: _____

BLOQUE B. DIAGNÓSTICO

B1. En relación a tu autismo:

- a) Ha sido formalmente diagnosticado por un/una profesional cualificado/a
- b) Auto-diagnosticado
- c) Auto-diagnosticado y actualmente estoy a la espera de recibir un diagnóstico formal por un/una profesional cualificado/a
- d) Actualmente estoy a la espera de recibir un diagnóstico formal por un/una profesional cualificado/a

B2. ¿Cómo llegaste a sospechar que podías ser autista?

- a) Profesionales
- b) Otras personas autistas
- c) Al recibir el diagnóstico de mi hijo/a
- d) Otros: _____

B3. ¿Cuánto tiempo transcurrió aproximadamente desde que empezaste a sospechar que podrías ser autista hasta que un/a profesional te confirmó el diagnóstico?

B4. ¿Cuántos años tenías cuando obtuviste el diagnóstico de autismo? (condicionada a B1 ≠ b))

B5. ¿Qué profesional realizó el diagnóstico de autismo? (condicionada a B1 ≠ b))

- a) Psicología
- b) Psiquiatría
- c) Neurología
- d) Enfermería
- e) Pediatría
- f) Trabajo Social
- g) Terapia Ocupacional
- h) Otros: _____

B6. Cuando te realizaron el diagnóstico, ¿sentiste que las preguntas hacían relación a tu género? (condicionada a B1 ≠ b))

- a) Sí, todas
- b) Sí, pero solo alguna
- c) No, ninguna

B7. ¿Consideras que a la hora de realizar los diagnósticos existen diferencias en la actitud de las/os profesionales entre si las personas a diagnosticar son de un género u otro?

- a) Sí
- b) No

B8. Antes del diagnóstico de autismo, ¿has tenido algún diagnóstico erróneo?

- a) Sí
- b) No

B9. ¿Qué diagnóstico/s erróneo/s te dieron ANTES del diagnóstico de autismo? (condicionada a B8 = a))

- a) Trastorno de ansiedad
- b) Trastorno por depresión
- c) Trastorno obsesivo compulsivo
- d) Trastorno límite de la personalidad
- e) Trastorno bipolar
- f) Trastorno de la conducta alimentaria

- g) Dislexia
- h) Trastorno/dificultades del sueño
- i) Trastorno adaptativo
- j) Altas capacidades
- k) Estrés crónico
- l) Fobia social
- m) Trastorno por déficit de atención e hiperactividad
- n) Otros: _____

B10. ¿Presentas algún diagnóstico simultáneo?

- a) Sí
- b) No

B11. ¿Qué diagnóstico/s simultáneo/s presentas? (condicionada a B10 = a))

- a) Trastorno de ansiedad
- b) Trastorno por depresión
- c) Trastorno obsesivo compulsivo
- d) Trastorno límite de la personalidad
- e) Trastorno bipolar
- f) Trastorno de la conducta alimentaria
- g) Dislexia
- h) Trastorno/dificultades del sueño
- i) Trastorno adaptativo
- j) Altas capacidades
- k) Estrés crónico
- l) Fobia social
- m) Trastorno por déficit de atención e hiperactividad
- n) Otros: _____

B12. ¿Cómo te sentiste tras haber recibido el diagnóstico profesional que confirmaba que eres autista? (condicionada a B1 ≠ b))

- a) Muy mal
- b) Mal
- c) Igual
- d) Bien
- e) Muy bien

B13. ¿Te sentiste más comprendida/o al hacer público tu diagnóstico?

- a) Sí
- b) No

B14. ¿Qué personas saben que eres autista? En los casos que no proceda (por ejemplo, el ámbito laboral si no trabajas) marca la opción "No sabe / no contesta"

	Nadie	Muy pocas personas	Algunas personas	Bastantes personas	Todas o casi todas las personas	No sabe / no contesta
Amistades						
Ámbito familiar						
Ámbito laboral						
Ámbito educativo						

B15. En la infancia, ¿tuviste alguna dificultad específica que recuerdes?

- a) Sí
- b) No

B16. Ante esas dificultades: (condicionada a B15 = a))

	Sí	No
¿Te llevaron a algún profesional?		
¿Se planteó la idea de que pudieras ser autista?		
¿Hubo un intento de diagnóstico previo fallido?		

BLOQUE C. EXPRESIÓN DEL AUTISMO

C1. ¿Con qué frecuencia tiendes a imitar las interacciones sociales?

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Ocasionalmente
- d) Casi todos los días
- e) Todos los días

C2. ¿Presentas y/o has presentado conductas repetitivas y/o intereses restringidos?

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Ocasionalmente
- d) Casi todos los días
- e) Todos los días

C3. ¿Sueles mantener el contacto ocular cuando te relacionas con otras personas?

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Ocasionalmente
- d) Casi todos los días
- e) Todos los días

C4. Señala tu grado de acuerdo o desacuerdo respecto a las siguientes cuestiones:

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
Soy capaz de camuflar tus dificultades					
Tengo motivación para formar y mantener amistades					
He tenido problemas de comportamiento en el colegio					
Tengo dificultades sociales					
Es más probable que me describan como tímida/o o peculiar en lugar de autista					
Es probable que tenga dificultades con la ansiedad					
Es probable que tenga dificultades con la hiperactividad					

¡MUCHAS GRACIAS POR REALIZAR ESTA ENCUESTA!

ANEXO 2. CARTEL PARA LA DIFUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN



**SESGO DE
GÉNERO EN
EL PROCESO
DIAGNÓSTICO
DE AUTISMO**

VNIVERSITAT
ID VALÈNCIA



¿Eres autista,
mayor de 18 años
y vives en España?

~~~~~

Nos gustaría contar  
con tu participación  
en este proyecto  
de investigación



## ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

#### **TÍTULO DEL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN**

Proceso diagnóstico en personas autistas mayores de 18 años.

#### **OBJETIVOS**

El objetivo general de la investigación es:

- Identificar las posibles diferencias/sesgo de género entre los diagnósticos de autismo realizados a mujeres y hombres en España, y corroborar si como consecuencia de esas diferencias se produce un diagnóstico tardío en las mujeres autistas.

#### **PROCEDIMIENTOS**

Si accede participar en la investigación sucederá lo siguiente:

1. Tendrá que responder a una serie cuestionarios.
2. En un futuro, si lo desea, podrá formar parte de una entrevista de una hora de duración aproximadamente, tiempo en el que la conversación podrá ser grabada.
3. Las respuestas que usted proporcione a las personas que investiguen serán empleadas de forma anónima para la confección de informes y documentos científicos.

#### **BENEFICIOS**

El beneficio directo que se obtendrá de este estudio es la descripción de la realidad de las diferencias de género en los diagnósticos de personas autistas. En consecuencia, se podrá disponer de información para poder actuar correctamente en los procesos diagnósticos o la formación a profesionales para intentar evitar diagnósticos tardíos.

### **RIESGOS**

No existen riesgos reseñables que se puedan derivar de su participación en este estudio.

### **CONFIDENCIALIDAD**

Se ha establecido un sistema de anonimización efectivo que no permite la identificación posterior de las personas participantes.

Los resultados obtenidos de todas las pruebas sólo podrán utilizarse en el ámbito científico y académico. Con la excepción de esta revelación, toda la información se considerará confidencial.

Sus datos personales serán tratados de acuerdo con las leyes vigentes sobre protección de datos.

### **PREGUNTAS**

El personal investigador ha discutido esta información conmigo y se ha ofrecido a responder a todas mis preguntas.

### **DERECHO A REHUSAR O ABANDONAR**

La participación en el estudio es voluntaria y soy consciente de que puedo abandonar en cualquier momento la investigación.

### **CONSENTIMIENTO**

Consiento a participar en este estudio. Al pasar a responder la encuesta acepto las condiciones indicadas en este documento.