



UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA

SEDE GIRÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**Diferencias de género y su incidencia en las guías para el diagnóstico de los
trastornos del espectro autista**

Trabajo de titulación previo a la obtención del

Título de Licenciada en Psicología

AUTORA: Lianne Maité Prats Recasén

TUTORA: María Isabel Castro Quimbiulco

Quito - Ecuador

2023

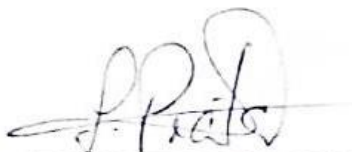
CERTIFICADO DE RESPONSABILIDAD Y AUTORÍA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Yo, Lianne Maité Prats Recasén, con documento de identificación N°
1757824980 manifiesto que:

Soy el autor y responsable del presente trabajo; y, autorizo a que sin fines de lucro la
Universidad Politécnica Salesiana pueda usar, difundir, reproducir o publicar de manera
total o parcial el presente trabajo de titulación.

Quito, 22 de junio del 2023

Atentamente,



Lianne Maite Prats Recasen

1757824980

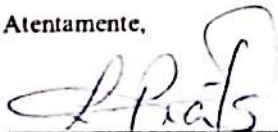
**CERTIFICADO DE CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE
TITULACIÓN A LA UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA**

Yo, Lianne Maité Prats Recasén con documento de identificación No. 1757824980, expreso mi voluntad y por medio del presente documento cedo a la Universidad Politécnica Salesiana la titularidad sobre los derechos patrimoniales en virtud de que soy autor de la sistematización de experiencias prácticas de investigación y/o intervención: Diferencias de género y su incidencia en las guías para el diagnóstico de los trastornos del espectro autista, el cual ha sido desarrollado para optar por el título de: Licenciado/a en Psicología, en la Universidad Politécnica Salesiana, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente.

En concordancia con lo manifestado, suscribo este documento en el momento que hago la entrega del trabajo final en formato digital a la Biblioteca de la Universidad Politécnica Salesiana.

Quito, 22 de junio del 2023

Atentamente,




Lianne Maite Prats Recasen
1757824980

CERTIFICADO DE DIRECCIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Yo, María Isabel Castro Quimbiulco con documento de identificación N° 1717628745, docente de la Universidad Politécnica Salesiana, declaro que bajo mi tutoría fue desarrollado el trabajo de titulación: Diferencias de género y su incidencia en las guías para el diagnóstico de los trastornos del espectro autista, realizado por Lianne Maité Prats Recasén con documento de identificación N° 1757824980, obteniendo como resultado final el trabajo de titulación bajo la opción Sistematización de experiencias prácticas de investigación y/o intervención que cumple con todos los requisitos determinados por la Universidad Politécnica Salesiana.

Quito, 22 de junio del 2023

Atentamente,


María Isabel Castro Quimbiulco
1717628745

Resumen

El presente trabajo indaga sobre la consideración de las diferencias de género en el establecimiento del diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista. Se investiga entorno al sistema social y cognitivo-conductual, que sugiere la existencia de una problemática en la detección del autismo en mujeres, ya sea por la falta de apoyo en sus dificultades, la presión frente a las expectativas dentro del género, la inocente y limitada comprensión social, la falta de un abanico de recursos sociales, la búsqueda de pertenencia y similitud con el resto y el sesgo de género en los criterios para establecer el diagnóstico, convirtiéndolas en un blanco fácil para el abuso de todo tipo, la exclusión, la discriminación, el estrés, el rechazo, el riesgo de desarrollar problemas emocionales y/o psicológicos, situándolas en el camino de recibir un diagnóstico errado o la falta de uno. La investigación tiene como objetivos identificar las diferencias de género en la sintomatología de pacientes diagnosticados con trastorno del espectro autista, así mismo determinar los criterios diagnósticos con mayor incidencia en el sesgo de género para definir la enfermedad y evaluar la distinción en cuanto al género en el desarrollo de comorbilidades asociadas al trastorno. El trabajo se realizó en conjunto con 10 profesionales, con experiencia en el diagnóstico del TEA, se utilizó un diseño transversal no experimental y un enfoque mixto, se aplicaron entrevistas estructuradas y se realizó una revisión bibliográfica para recabar información y visualizar la problemática. Los resultados obtenidos indican una alta prevalencia en niños con TEA, comparada con la baja cantidad de niñas diagnosticadas correctamente con el trastorno, también se hallaron influencias del género en la identificación de la sintomatología, indicando que en las niñas que no presentan un deterioro cognitivo el trastorno suele pasar desapercibido y resultados que indican un mejor pronóstico para las niñas con autismo.

Palabras claves: Trastorno del espectro autista, diferencias de género, guías diagnósticas, psicosocial, neurociencias.

Abstract

This paper investigates the consideration of gender differences in the establishment of the diagnosis of Autism Spectrum Disorder. It is investigated around the social and cognitive-behavioral system, which suggests the existence of a problem in the detection of autism in women, either by the lack of support in their difficulties, the pressure against the expectations within the gender, the innocent and limited social understanding, the lack of a range of social resources, the search for belonging and similarity with the rest and the gender bias in the criteria to establish the diagnosis, making them an easy target for abuse of all kinds, exclusion, discrimination, stress, rejection, risk of developing emotional and/or psychological problems, placing them on the way to receive a wrong diagnosis or lack of one. The research aims to identify gender differences in the symptomatology of patients diagnosed with autism spectrum disorder, to determine the diagnostic criteria with the highest incidence of gender bias in defining the disease and to evaluate the gender distinction in the development of comorbidities associated with the disorder. The work was carried out jointly with 10 professionals with experience in the diagnosis of ASD, a non-experimental cross-sectional design and a mixed approach were used, structured interviews were applied and a bibliographic review was carried out to gather information and visualize the problem. The results obtained indicate a high prevalence in boys with ASD, compared with the low number of girls correctly diagnosed with the disorder, gender influences were also found in the identification of the symptomatology, indicating that in girls who do not present cognitive impairment the disorder usually goes unnoticed and results that indicate a better prognosis for girls with autism.

Keywords: Autism spectrum disorder, gender differences, diagnostic guidelines, psychosocial, neurosciences.

Índice de Contenido

| | |
|---|----|
| I. Datos informativos del proyecto | 1 |
| 1.1 Delimitación del tema | 1 |
| II. Objetivo..... | 2 |
| • <i>Objetivo general</i> | 2 |
| • <i>Objetivos específicos:</i> | 2 |
| III. Eje de la investigación | 3 |
| Trastornos del espectro autista (TEA)..... | 3 |
| Diferencias de género | 6 |
| Guías e instrumentos para el diagnóstico de los trastornos del espectro autista | 13 |
| Neurodesarrollo | 15 |
| IV. Objeto de la intervención o de la práctica de investigación | 20 |
| V. Metodología..... | 23 |
| VI. Preguntas clave | 23 |
| VII. Organización y procesamiento de la información | 24 |
| VIII. Análisis de la información | 46 |
| IX. Justificación..... | 49 |
| X. Caracterización de los beneficiarios..... | 51 |
| XI. Interpretación | 52 |
| XII. Principales logros del aprendizaje | 55 |
| XIII. Conclusiones | 57 |
| XIV. Recomendaciones | 59 |
| XV. Referencias..... | 60 |

Tabla de figuras

| | |
|--|----|
| Tabla 1 Pregunta 1: ¿Ha diagnosticado a niños con TEA?..... | 24 |
| Tabla 2 Pregunta 2: ¿Ha diagnosticado a niñas con TEA? | 25 |
| Tabla 3 Pregunta 3: Desde su experiencia, ¿cuál es la edad más factible para diagnosticar TEA? | 25 |
| Tabla 4 Pregunta 4: ¿Para establecer el diagnóstico prefiere respaldarse en DSM-V o CIE-10?..... | 26 |
| Tabla 5 Pregunta 5: ¿Cree que las afectaciones por el TEA en las áreas del neurodesarrollo* estén influenciadas por el género, o netamente sea por el nivel de gravedad de la enfermedad? *(Lenguaje, Social, Cognitiva, Motora) | 27 |
| Tabla 6 Pregunta 6: Referente a las comorbilidades típicas del TEA. ¿Quiénes son más propensos a desarrollar TDAH? | 28 |
| Tabla 7 Pregunta 7: ¿Quiénes son más propensos a ser comorbidos con el déficit intelectual? | 29 |
| Tabla 8 Pregunta 8: ¿Quiénes son más propensos a ser comorbidos con un trastorno del aprendizaje?..... | 30 |
| Tabla 9 Pregunta 9: ¿Quiénes son más propensos a ser comorbidos con un trastorno alimenticio?..... | 31 |
| Tabla 10 Pregunta 10: ¿Quiénes son más propensos a ser comorbidos con un trastorno del sueño?..... | 32 |
| Tabla 11 Pregunta 11: ¿Quiénes son más propensos a ser comorbidos con el trastorno depresivo? | 33 |
| Tabla 12 Pregunta 12: ¿Quiénes son más propensos a ser comorbidos con un trastorno de Ansiedad?..... | 34 |

| | |
|---|----|
| Tabla 13 Pregunta 13: ¿Quiénes son más propensos a ser comorbidos con la Epilepsia?..... | 35 |
| Tabla 14 Pregunta 14: ¿Quiénes son más propensos a ser comorbidos con un trastorno del lenguaje? | 35 |
| Tabla 15 Pregunta 15: ¿Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones son más evidentes en niñas o en niños? | 36 |
| Tabla 16 Pregunta 16: ¿Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional son más evidentes en niñas o en niños? | 37 |
| Tabla 17 Pregunta 17: ¿Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social son más evidentes en niñas o en niños? | 38 |
| Tabla 18 Pregunta 18: ¿Quiénes son más propensos a adaptarse al contexto social los niños o las niñas? | 39 |
| Tabla 19 Pregunta 19: ¿Las estereotipias motoras son más evidentes en niñas o niños? | 40 |
| Tabla 20 Pregunta 20%: ¿Las estereotipias del habla son más evidentes en niños o niñas? | 40 |
| Tabla 21 Pregunta 21: ¿Que género es más propenso a romper con la monotonía de la rutina dentro de lo posible en el TEA? | 41 |
| Tabla 22 Pregunta 22: ¿Que género es más propenso a la imitación espontánea? | 42 |
| Tabla 23 Pregunta 23: En la selección de temas de conversación ¿Qué género suele estar más abierto al diálogo variado? | 43 |
| Tabla 24 Pregunta 24: ¿Referente al lenguaje receptivo que género suele acatar mejor las órdenes?..... | 44 |
| Tabla 25 Pregunta 25: ¿Que grupo de género, presenta mejor pronóstico?..... | 45 |

Tabla 26 Pregunta 26: ¿En el período marzo 2022- enero 2023, ¿cuántos pacientes del género masculino y cuántos del género femenino han sido diagnosticados con TEA?..... 46

I. Datos informativos del proyecto

Diferencias de género y su incidencia en las guías para el diagnóstico de los trastornos del espectro autista

1.1 Delimitación del tema.

El tema que se desarrollará se basa en las diferencias de género para el diagnóstico de los trastornos del espectro autista, en recabar información y así resaltar la importancia que tiene la perspectiva del género en el autismo, dado que, durante el proceso de diagnóstico no se ha considerado de forma significativa el enorme papel que juega el enfoque de género, por tanto, muchas veces se dejan fuera las características psicosociales relevantes sobre los aspectos del autismo en el género femenino, influyendo en el trastorno, ya sea, al agravar la enfermedad o al interferir en la correcta evaluación, de ahí que sea importante realizar un análisis desde la categoría psicosocial. A su vez se utilizará la dimensión neurocientífica para abarcar el desarrollo del individuo desde la estructura cerebral, así como las diferencias cerebrales entre hombres y mujeres, este enfoque ha permitido establecer evaluaciones pertinentes para el trastorno del espectro autista. El trabajo representa un análisis sobre los criterios que utilizan los profesionales especializados en este trastorno y las consideraciones utilizadas desde el género al momento de determinar la presencia del autismo. La investigación se realizará mediante revisiones bibliográficas para recabar información que visualice la problemática tratada, en conjunto con los profesionales especializados en la enfermedad, debido a que son los encargados del proceso de detección, diagnóstico y tratamiento, teniendo en cuenta que desde su experiencia permitirán un análisis del enfoque de género dentro del autismo. El grupo de profesionales será extraído de la población de empleados de una institución de salud privada en el sur de la ciudad de Quito, Ecuador, y se realizará la investigación en el periodo de tiempo 2022-2023.

II. Objetivos

- ***Objetivo general:***

Analizar las diferencias de género y su incidencia en el diagnóstico de los trastornos del espectro autista en niños y niñas entre 3 a 7 años de edad de una institución de salud privada en el sur de la ciudad de Quito.

- ***Objetivos específicos:***

- Identificar las diferencias de género en la sintomatología de pacientes diagnosticados con trastorno del espectro autista.
- Determinar los criterios diagnósticos con mayor incidencia en el sesgo de género para el diagnóstico de los trastornos del espectro autista.
- Evaluar las diferencias de género en el desarrollo de comorbilidades prevalentes en el trastorno.

III. Eje de la investigación

➤ Trastornos del espectro autista (TEA)

La historia del autismo, como aún refiere la clasificación de la OMS a diferencia de la Asociación de Americana de Psicología que usa el término Trastornos del Espectro Autista (TEA) a través del DSM-V, parte desde el siglo XVII donde se encontraron relatos en un libro anónimo sobre el santo llamado Fray Junípero Serra, en las historias se evidencian signos compatibles con lo que hoy en día se ha denominado autismo, como la falta de comprensión de comportamientos o claves sociales y actitudes inadecuadas frente a la comunicación no verbal, entre otras (Artigas-Pallarés, 2017). En 1910 el psiquiatra suizo Eugene Bleuler introduce el término autismo como parte del trastorno esquizofrénico, más adelante en 1920 el alemán Künkel sustenta la apreciación de Bleuler al referirse a un grupo “autista” de niños esquizofrénicos, como solitarios e inquietos, pero con buena capacidad intelectual. Hans Asperger en 1938 menciona en una revista local la “psicopatía autista”, defendía que el autismo no se trataba de una enfermedad o un síndrome, refiriéndose a personas con personalidad autista, sin embargo, no excluía aquellos casos graves como daño cerebral, discapacidad intelectual, epilepsia entre otras afectaciones neurológicas graves. Fue entonces en 1943 cuando se publica el artículo de Leo Kanner, ‘Trastornos autistas del contacto afectivo’, a partir de entonces para la comunidad especializada en el trastorno, Kanner se convierte en el padre del autismo (Artigas-Pallarés, 2017). El Trastorno del espectro autista (TEA) es un trastorno caracterizado por afectaciones neurobiológicas y por ser un trastorno heterogéneo, sus signos y síntomas inician en la infancia, con notables deficiencias en las áreas de comunicación social y la conducta, particularmente por la existencia de comportamientos repetitivos y restringidos. La evolución del trastorno se manifiesta durante las diferentes etapas del desarrollo, y cuenta con factores genéticos,

ambientales y epigenéticos, por tanto, se refiere a un origen multidimensional. El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2017) indicó que:

Autores como Horwitz y colaboradores, en 1988 formularon la hipótesis de que el autismo es provocado por un déficit de la conectividad funcional de los circuitos neuronales por déficit en las neuroliginas, en la neurogénesis y la gliogénesis. Sistema que permite la sincronización entre las diferentes áreas cerebrales. Por esta razón, se refiere al autismo como un problema de tipo cognitivo y neurobiológico (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017).

Entre los autistas con manifestaciones leves y los autistas típicos no existen líneas de corte o límites específicos, así como la discapacidad intelectual, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y la epilepsia, que al ser comorbilidades del TEA amplían las concepciones del trastorno, razón por la cual y con el fin de abarcar la dimensionalidad se utiliza el término espectro autista.

Las características del TEA han evolucionado en 3 etapas a través de su constante estudio. La primera etapa surge a raíz de las publicaciones de Leo Kanner sobre la enfermedad, el cual estuvo a la cabeza de las investigaciones desde 1943 hasta mediados de 1960 definiendo por primera vez el término de “autismo”. Según este autor la primera etapa del autismo se caracteriza por los siguientes rasgos: limitaciones en la variedad de la actividad espontánea, hipersensibilidad a los estímulos, expresión inteligente y ausencia de rasgos físicos, mutismo o lenguaje sin intención comunicativa verbal, excelente capacidad de memoria y deseo obsesivo de invarianza ambiental. Dentro de las investigaciones de Leo Kanner, variados autores encontraron algunos agujeros referentes al rechazo emocional y la introversión, a partir de estas dudas la historia del autismo se adentra en su segunda etapa, dirigido en su mayoría por la psicología experimental y gesta la idea del autismo como un trastorno en el desarrollo normal del niño, considerando el concepto de autismo como

Trastorno Generalizado del Desarrollo, dicho término fue acogido por la clasificación del DSM III, DSM III-R, DSM IV y DSM IV-R. La Asociación Americana de Psiquiatría caracterizó la enfermedad dentro de los trastornos profundos del desarrollo y en esta etapa los rasgos principales del autismo eran: Pautas de comportamiento, inclinaciones y actividades restringidos, reiterativos y estereotipados, alteración cualitativa de la interacción social y en la comunicación, retraso importante en los hitos del desarrollo o neurodesarrollo, principalmente durante el desarrollo de los tres primeros años de vida. La tercera etapa del autismo comienza en 1985, sus principales investigaciones en este momento evolutivo de la enfermedad estaban basadas en las teorías cognoscitivas e interaccionistas. Simón Barón Cohen reafirma en uno de sus artículos sobre la temática, la grave dificultad para manejar aquellas situaciones efímeras, sutiles y variables, manifestando los cuadros de crisis típicos de la enfermedad, además, da paso a los análisis sobre cuáles de los procesos mentales que se desarrollan durante la infancia sufría de las alteraciones causantes del trastorno autista. En esta etapa según Ligeró (2008) indica al autismo como:

Un conjunto de trastornos del desarrollo, (Trastorno Autista, Trastorno de Asperger, Síndrome de Rett, Trastorno desintegrativo y Trastorno del Desarrollo no Especificado), que aparecen siempre dentro de los tres primeros años de vida del niño o la niña y que se caracterizan por unas importantes alteraciones en las áreas de la interacción social, la comunicación, la flexibilidad y la imaginación (Ligeró, 2008).

De esta forma el término Trastorno Generalizado del Desarrollo queda obsoleto y da paso a la terminología usada hoy en día, Trastornos del Espectro Autista (TEA).

Referente a la etiología de la enfermedad, ésta se inicia desde Kanner apuntando a causas orgánicas, sin embargo, los diversos estudios indican una multiplicidad de causas biológicas que afectan el desarrollo del feto particularmente en el segundo trimestre del

embarazo, como, por ejemplo: anomalías bioquímicas, síndrome de cromosomas x frágil, disfunción cerebral del hemisferio izquierdo, entre otros (Ligero, 2008). También se hacen alusiones a causas genéticas, infecciosas y metabólicas, y los estudios del trastorno se remiten a tres dimensiones: biológica, psicológica y neurológica. Razón por la cual el marco teórico del TEA se encuentra en el campo de la Neuropsicología cognitiva, arrojando concluyentes investigaciones donde se explica que todos los niños y niñas con autismo comparten la existencia de una deficiencia mental y la carencia de guías innatas para interpretar y predecir las conductas ajenas, lo que resulta en la incomprensión de sus propias facultades comunicativas y conductuales.

➤ **Diferencias de género**

En un primer plano al hablar de hombre y mujer debemos detenernos y resaltar dos conceptos que con frecuencia tienden a confundirse: sexo y género. El primer término alude a la condición biológica con la que nacemos, es decir, los órganos reproductores y caracteres sexuales. Por otro lado, el género hace referencia a la condición social o rol que ocupamos en la sociedad, o sea, como debe comportarse o como debe ser un hombre y una mujer. El sistema sexo-género alude a las formas de interacción establecidas entre hombres y mujeres dentro de una sociedad (Hernández, 2021).

La visión feminista resaltó y amplió la concepción antropológica del cuerpo como una percepción estructurada por el género. El término género se ha enfrentado a la polisemia ya sea por su misma connotación lingüística o por el contexto del hablante, si bien la distinción de género es una construcción social a la que se le atribuyen datos o caracteres sexuales corpóreos, debe comprenderse desde cada cultura, pues es la cultura la que otorga el rol femenino o masculino dentro de la sociedad, reconociendo al ser humano como un ser no

solo comprendido desde la naturaleza biológica, sino visto como un ente social y cultural, lo que lo constituye como una unidad bio-socio-cultural.

Según Marcela Lagarde el género es el conjunto de características sociales, culturales, políticas, psicológicas, jurídicas, económicas, asignadas al sexo diferencialmente. Desde esta perspectiva las sociedades se organizan sobre una base corporal sexuada, unidas al producto histórico de actitudes, experiencias y prácticas cargadas de significados y discursos acorde a las diferencias biológicas.

La acepción de género apunta al conjunto de ideas, representaciones, praxis y prescripciones sociales que una cultura lleva a cabo desde las diferencias biológicas entre mujeres y hombres (Marta, 2000).

Efectivamente desde la visión de Lagarde y Lamas el género simboliza las características bio- psico -sociales de comportamiento para establecer lo que es “típico” de los hombres (masculino) y lo que es “típico” de las mujeres (femenino).

Citando a Hermann & Betz (2004) el rol de género masculino se asocia con la instrumentalidad, es decir, tendencias hacia la autosuficiencia, independencia, autoridad, asertividad y actividades dirigidas a proveer, mientras que el rol de género femenino se relaciona con la crianza, instrucción, cuidado, sensibilidad y apertura emocional, mayor fortaleza emocional, y habilidades sociales vinculadas a la expresión de sentimientos positivos, la empatía y la aceptación (García Terán, Cabanillas, Morán, & Olaz, 2014).

Como han planteado diversos autores la conducta está determinada por las concepciones de género asignadas, y según Judith Butler el género es “el resultado de un proceso mediante el cual las personas recibimos significados culturales, pero también los innovamos” (Marta, 2000).

Por tanto, tomamos en consideración la idea de que el ser humano no es únicamente un ser construido socialmente, sino que también contamos con la capacidad de construirnos a

nosotros mismos, en otras palabras el ser humano no es visto desde esta perspectiva como una esponja que absorbe lo que el medio le proporciona a través de estímulos, sino que cuenta con voluntad propia y la capacidad de raciocinio, a este último se le suman los condicionantes y/o reforzadores de aprendizajes a través de un sistema de creencias, es decir, como el ser humano crea interpretaciones de su mundo externo y los internaliza en una realidad psíquica compuesta por esquemas mentales basados en aprendizajes y constructos sobre su propia identidad, influyendo de esta forma en la construcción del género. Esta teoría sobre el sistema de creencia fue expuesta por la segunda generación de la escuela cognitivo-conductual con Beck y Ellis siendo dos de sus principales representantes (Castanedo, 2008). A partir de aquí, se otorga una visión terapéutica fundamentada en los contenidos, donde opera este sistema de creencias y funciona en base al paradigma personal del sujeto, en otras palabras, la visión que el individuo tiene de sí mismo y del mundo, también conocida por otros enfoques como realidad psíquica.

En un estudio sobre diferencias de género en habilidades cognitivas y rendimiento académico en estudiantes universitarios realizado en 2007 se observó que los varones en las pruebas de razonamiento verbal, razonamiento abstracto y cálculo aventajaban a las mujeres, mientras que estas tenían un mejor rendimiento que los varones en pruebas de fluidez verbal, así como ortografía y lenguaje. Por lo que cada género emplea distintas estrategias de afrontamiento, mientras que las mujeres tienden a utilizar estrategias verbales a la hora de resolver una problemática, los hombres recurren al razonamiento espacial y abstracto (Echavarrí M., 2007). De esta forma se comprenden las diferencias de género como características sociales, cognitivas y psíquicas que corresponden a la feminidad o masculinidad, las cuales, retomando a Lagarde crean una cultura de género donde cada persona es educada para ver al otro género y comportarse desde un rol asignado.

Para comprender mejor el género y sus diferencias debemos hablar sobre la construcción de género y por tanto sobre el desarrollo del individuo, visto desde la infancia y comprendido desde el ámbito psicosocial y neurocientífico. Los estudios sobre la construcción de género se incrementan a partir de la década de los 80, a raíz de la “revolución cognoscitiva” y el desarrollo del enfoque psicosocial de la psicología, donde el ser humano es visto como un ente procesador de información. Aquí se comienza a indagar sobre el sistema sexo-género, el cual comprende una categoría en el contexto cultural y social, donde niñas y niños elaboran estructuras de conocimiento sobre los sexos y sus características, dichas construcciones actúan como guías del pensamiento y del comportamiento, a esta perspectiva se le conoce como esquemas de género. Desde este enfoque se explica cómo mediante procesos de aprendizajes se desarrollan esquemas distintivos de cada sexo, y a través de estos esquemas se percibe la realidad y por tanto se potencia el comportamiento propio y la percepción sobre el comportamiento de los demás. Cabe recalcar que estos esquemas no son formas pasivas de comunicación, sino son estructuras activas cuyo contenido varía en función de la cultura y la experiencia (Carrillo, 2009).

Desde la teoría social del aprendizaje se explica cómo se adquiere y construye el género, exponiendo que la adquisición de género se comporta igual que la de cualquier otra conducta, iniciando en la infancia y potenciándose durante el crecimiento y el desarrollo del carácter. A través de la combinación de observación, imitación y reforzamiento diferencial, niños y niñas aprenden a comportarse de acuerdo con el grupo social en el que se incluyen (Carrillo, 2009). Según Carrillo la concepción del sistema sexo-género como proceso de construcción psicosocial ha permitido explicar el origen y el sentido de la diversidad del concepto género, aislándolo (en tanto el sentido histórico ha permitido) de la concepción binaria de género. Este criterio parte desde el dinamismo del ser humano, cuyo constante cambio le influencia hacia la flexibilidad del comportamiento, razón por la cual en mayor o

menor medida los rasgos de masculinidad y feminidad son determinados según la disposición reglamentaria social compartida por cada cultura y en un determinado momento histórico.

La formación y estimulación de los esquemas de género, permite la intervención de la interpretación y atribución de la conducta de la otredad, así como de la propia. Además, actúa sobre la construcción de la memoria y en el desarrollo del auto concepto. El auto concepto se redirecciona hacia el término de identidad, el cual se define según la Real Academia Española (RAE) como “el conjunto de rasgos propios de un individuo o de una comunidad, dichos rasgos caracterizan al sujeto de la colectividad”, es decir, la individualidad del individuo está encabezada por la identidad. Ahora bien, cuando hablamos sobre identidad de género, se trata de la individualidad según como el sujeto vive el género y por tanto como se identifica dentro de la diversidad del término. Conociendo que masculinidad y feminidad son constructos sociales referentes a los rasgos característicos de lo que es considerado típico de los hombres y las mujeres, podemos acercarnos a Zaro (1999) cuando explica que la identidad de género constituye el resultado de un cuidadoso proceso que tiene lugar a lo largo de la socialización y en el marco restrictivo que imponen los constructos sociales antes mencionados, haciendo referencia a la identidad personal, debido que implica haberse identificado con los contenidos del género en cuestión (Zaro, 1999). Por consiguiente, al estar estrechamente correlacionada la identidad de género con la identidad personal, la tipificación sexual/de género incide en nuestro auto concepto, siendo así que todo individuo desarrolla una imagen mental de sí mismo.

Como se mencionó, el desarrollo y construcción de género ha sido abarcado desde varios enfoques, ya analizado desde la categoría psicosocial se requiere revisar los estudios desde las neurociencias referente a las diferencias de género, así como el desarrollo del individuo. El estudio del ser humano, así como, de las tendencias sexuales tienen su base orgánica en el cerebro. Los estudios del cerebro del hombre y el de la mujer han resaltado

diferencias, no tanto a nivel estructural como a nivel hormonal, es decir, neuralmente hablando se diferencian por la ruta química mas no por la ruta neural. Las diferencias sexuales en el cerebro han sido investigadas a través de estudios de neuroimagen, abriendo la puerta del dimorfismo sexual, concepto que hace alusión a las diferencias en el tamaño del núcleo cerebral, o sea, diferencias neuroanatómicas asociadas al sexo (varón y hembra), preferencia sexual y transexualidad (identidad de género). La teoría del dimorfismo sexual evidencia que las diferencias en los cerebros hembra-varón están causadas por la interacción hormonal con los receptores de los circuitos cerebrales encargados de las conductas sexuales, demostrando además que dichas diferencias no son notables hasta la llegada de la pubertad, sin embargo, los factores postnatales tendrían un papel importante en el establecimiento de los circuitos neurales encargados de las conductas sexuales (Pallarés Domínguez, 2011).

A raíz de diversas investigaciones conocemos que la mayor diferencia entre el hombre y la mujer a nivel cerebral se encuentra en los hemisferios cerebrales. En cuanto a simetría cerebral, el cerebro de la mujer es más simétrico, lo que genera mayor predominio y uso del hemisferio derecho en las mujeres, y en el caso de los hombres mayor uso del hemisferio izquierdo. La zona que une ambos hemisferios: el cuerpo calloso, es el encargado de la variabilidad de las funciones cognitivas y el desarrollo de habilidades, por tanto, se han encontrado diferencias en cuanto a las comisuras que unen a ambos hemisferios, determinando que las conexiones entre hemisferios son más numerosas en las hembras en lo referente a emocionalidad y afectividad, además de presentar un 12% más de volumen en la parte superior del cuerpo calloso y en la comisura anterior, siendo esta la que une regiones del sistema límbico, por tanto, estos rasgos propician a las mujeres una mayor comprensión en el juicio de las emociones. Esta característica no solo es presentada por el cerebro de la mujer, sino que se comparte con el cerebro homosexual, por lo que este hallazgo nos habla de un cerebro sexuado asociado a una tendencia sexual innata. Las mayorías de estructuras

dismórficas cerebrales están ubicadas en el sistema límbico, y si bien estas diferencias estructurales crean cambios significativos, el curso hormonal genera mayores diferencias, por tanto debemos centrarnos en el hipotálamo al hablar de dimorfismo sexual, pues es conocido como el centro ejecutivo de funciones homeostáticas del cuerpo, lo que significa que en el hipotálamo se encuentre la mayor cantidad de receptores de hormonas sexuales, como son, andrógenos, estrógenos, y progesteronas. El hipotálamo neuro anatómicamente se subdivide en 4 regiones y más de 25 núcleos, pero es el núcleo ventromedial el facilitador de la conducta sexual en las hembras, y sus diferencias con el cerebro del hombre no se deben a la densidad o tamaño del núcleo, sino a la complejidad estructural de las neuronas. En el núcleo ventromedial la densidad sináptica es mayor en hombres, pero al estar controlado por las hormonas sexuales, el dimorfismo sexual en el núcleo ventromedial en el caso de las mujeres propicia que la densidad sináptica esté regulada a lo largo de ciclos hormonales. Teniendo en cuenta que los cambios en los niveles hormonales de las hembras estén regulados principalmente por el ciclo menstrual, se logra evidenciar que tras la ovulación se genere un aumento en los niveles de estrógenos y progesterona, lo que permite en las hembras una mayor habilidad en la fluidez verbal y tareas de psicomotricidad fina. Por lo que genéticamente el cerebro femenino estaría preconcebido para la empatía, mientras que el cerebro masculino es más propenso al análisis, la exploración y la construcción de sistemas, como resultado de una mayor estabilidad en los niveles hormonales (Pallarés-Domínguez, 2011).

Finalmente, y en vista de los hallazgos presentados se corresponde con la existencia de una diferencia en el comportamiento, marcado no solo por la dimensión psicosocial sino también por el ámbito biológico, siendo parte fundamental la perspectiva de género y sexo en la construcción del desarrollo del individuo, en consecuencia, deben ser incluidos de forma significativa al momento de establecer diagnósticos.

➤ **Guías e instrumentos para el diagnóstico de los trastornos del espectro autista**

El diagnóstico es el estudio del fenómeno u objeto determinado, el proceso de diagnosticar antecede la planificación o el proyecto, para luego sacar conclusiones e hipótesis. Un diagnóstico certero y temprano permite un aumento en las probabilidades de un tratamiento altamente efectivo.

Para diagnosticar Trastorno del espectro autista (TEA) se lleva a cabo un proceso global, donde se incluyen entrevistas a cuidadores, observación del paciente con sospecha de autismo y diferentes pruebas o test que van escalando según la gravedad o el nivel de atención.

La detección temprana del TEA puede darse en cualquier nivel de atención, ya sea primario, secundario o terciario. En el primer nivel de atención se debe hacer un tamizaje a través de una vigilancia evolutiva del neurodesarrollo de forma rutinaria, lo que incluye una valoración integral del infante y una entrevista a los padres o cuidadores.

Dentro del tamizaje del neurodesarrollo en el primer nivel existen criterios observables para la sospecha del TEA, como son, el retraso en el lenguaje y en el desarrollo social, estas evaluaciones se realizan con el uso de la prueba DENVER II, la cual dependerá de la edad del niño, por ejemplo, las pruebas en infantes recién nacidos miden problemas neurológicos, mientras que en infantes de un mes a seis años de edad logran detectar potenciales problemas del desarrollo. El test DENVER II explora en el niño y la niña aspectos personales-sociales, motricidad fina adaptativa, lenguaje y motricidad gruesa, cabe recalcar que dicha prueba no mide inteligencia ni debe usarse con propósitos diagnósticos, aunque si logra una detección temprana del Trastorno del espectro autista (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017).

En caso de encontrar alteraciones y/o evidencias en el retraso del neurodesarrollo el sujeto debe ser remitido a los siguientes niveles de atención, nivel secundario y terciario. En estos niveles se realiza una evaluación a profundidad en niños y niñas con riesgo de autismo a través del test o cuestionario M-CHAT, su uso ha sido probado en infantes entre los 16 y 30 meses de edad, y se compone por dos partes, 9 preguntas para padres o cuidadores y 5 preguntas para el explorador. Esta prueba indaga 3 conductas claves ausentes en niños con autismo: gestos protodeclarativos, seguimiento de la mirada y juego de ficción (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017).

Con la prueba M-CHAT aplicada y los signos de alarma en el neurodesarrollo se remitirá al grupo de diagnóstico de TEA en el centro especializado de tercer nivel. Para este punto se debe haber indagado el desarrollo infantil a través de la observación, el desarrollo cognitivo, así como una valoración del desarrollo del lenguaje a través de una exploración neurológica, con técnicas de neuroimagen si es requerido, entrevista a los padres o cuidadores y la aplicación de otros instrumentos especializados, además de estudios según las necesidades de comorbilidad o definición diagnóstica. Otro instrumento utilizado para el proceso de diagnóstico del TEA es la Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo - 2 (ADOS-2), es una herramienta estandarizada y semiestructurada, centrada en estudiar la comunicación social, el juego o uso imaginativo y la interacción social (Lord, 2008).

Una vez que el niño o niña es referido, el diagnóstico confirmatorio de los TEA se realizará mediante los criterios clínicos del DSM-V en conjunto con los criterios diagnósticos del CIE-10.

En el DSM-V se muestran los diferentes trastornos del espectro autista, en los que se incluyen: trastorno autista, trastorno de Asperger, trastorno generalizado del desarrollo no especificado y otros, se engloban en una única nomenclatura de Trastornos del espectro autista (TEA), este manual cuenta con 3 niveles de gravedad como parte del diagnóstico,

donde se estudia los síntomas de comunicación social y de comportamientos restringidos y repetitivos. Contiene un apartado donde se explican las características diagnósticas del trastorno, aquí se detalla que el deterioro permanente de la comunicación social recíproca, la baja habilidad en la interacción social, las deficiencias en la comunicación no verbal manifestadas desde la apatía o poca integración de las expresiones gestuales relativas a la norma, así como, los interés y patrones de conducta restringidos y reiterativos son aspectos propios del TEA. El manual divide el trastorno en tres niveles de gravedad, yendo desde el grado 1, donde la persona no necesita ayuda a pesar de las deficiencias en la comunicación verbal, hasta el grado 3, donde la persona con autismo necesita ayuda muy notable, lo que significa que existe una deficiencia grave en la comunicación verbal, no verbal y social. Estos indicadores de gravedad, suelen estar acompañados por pruebas sobre el funcionamiento verbal, pues el deterioro del lenguaje permanente suele presentarse como característica del trastorno, así como el déficit intelectual (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). El DSM-V aclara que la gravedad se verá influenciada por variaciones en el tiempo y/o el contexto, por tanto, deben considerarse factores como el género, edad, cultura y condiciones médicas orgánicas o genéticas conocidas ajenas al trastorno.

➤ **Neurodesarrollo**

El TEA como bien se ha mencionado, corresponde a los trastornos del neurodesarrollo, por tanto, para entender mejor el trastorno en cuestión, debemos hacer un análisis del neurodesarrollo. El neurodesarrollo es un proceso multifactorial y complejo que genera cambios en el cerebro desde el nacimiento hasta la adolescencia, por efecto de la maduración, resultado de la conjunción de factores genéticos y ambientales y se expresa en una amplia gama de conductas y capacidades adquiridas (R.F. Tuchman a, 2005).

Para entender el desarrollo humano, debe partirse desde la comprensión de la relación cerebro-conducta estudiado por la neuropsicología infantil, donde se incluye el análisis de los procesos cognitivos/comportamentales y sus relaciones con el sistema nervioso. El estudio desde esta disciplina se remite a tres dimensiones del desarrollo humano: la dimensión neurológica la cual describe y analiza los procesos de maduración cerebral, lo que fundamenta el desarrollo intelectual y conductual del niño, la dimensión cognitiva, la cual explica los procesos cognitivos, como percepción, atención y lenguaje, y por último la dimensión psicosocial, donde se estudia la comunicación e interacción socio ambiental. Cabe recalcar que la neuropsicología infantil difiere de la neuropsicología del adulto principalmente por el estado de dinamismo y plasticidad en el que se encuentra el cerebro del niño a diferencia del cerebro del adulto, por tanto, la correlación conducta-cerebro es más notable en los adultos, además de poseer una estructura de personalidad más insigne. Resulta necesario utilizar este eje de la neuropsicología infantil para estudiar los procesos anómalos o patológicos dentro del neurodesarrollo, pues a través de esta rama podemos entender los desfases en la adquisición de aprendizajes, así como en las habilidades intelectuales, trastornos del comportamiento y secuelas de patologías cerebrales temprana (De Mónica Rosselli, 2010).

Aproximadamente en 280 días de gestación, o sea, en un embarazo a término, comienza la etapa posnatal, es decir, el nacimiento. Luego del nacimiento, el cerebro del neonato o recién nacido continua con un crecimiento acelerado, lo que se debe al desarrollo de los procesos dendríticos y la mielinización de las vías nerviosas, el cerebro del neonato cuenta con un 20% de mielinización, razón por la cual la mayoría de las habilidades del individuo aún se encuentran nulas o en desarrollo. A medida que se desarrolla y complejiza la maduración de la corteza cerebral el desarrollo de la conducta cognitiva se vuelve más elaborado. Las etapas de la infancia varían acuerdo a la bibliografía, pero partiendo desde la neuropsicología la primera infancia está comprendida desde el segundo mes hasta los 6 años,

en esta etapa se observa una mayor elaboración en las conductas sensorio-motoras y perceptuales, dentro de un desarrollo normal (entendiendo lo normal como el desarrollo promedio establecido en la valoración clínica) durante la primera infancia es notorio el incremento en la capacidad del infante para responder a los estímulos del medio. A partir de los 6 años entramos en la segunda infancia, la cual se comprende hasta los 12 años, para esta etapa el niño debe contar con habilidades de tipo social, como la inclinación de pertenencia a ciertos grupos, además debe existir un incremento en la autonomía y un lenguaje más elaborado. El neurodesarrollo se evalúa siguiendo unos hitos o parámetros establecidos para cada edad, estos hitos se encuentran divididos en ramas o ámbitos (motor, social, cognitivo y lenguaje). Enfatizamos el hecho de la existencia del margen de variabilidad normal en el cumplimiento de estos parámetros, por ello el neurodesarrollo debe ser evaluado siguiendo un desarrollo secuencial y continuo, mas no un logro puntual. Referente al desarrollo de la motricidad, desde los 3 meses hasta los 48 meses, el niño debe progresar en habilidades motoras gruesas y finas, como el control cefálico, mantenerse sentado, hacer pinzas con los dedos, pasarse objetos de una mano a otra, caminar y saltar. Sobre el desarrollo normal del lenguaje debe partirse desde el llanto inmediato en el nacimiento y a partir de los 3 meses hasta los 30 meses, el infante debe haber pasado desde el gorjeo, silabeo, balbuceo, palabreo, parloteo y fraseo hasta poder armar oraciones. Alusivo al desarrollo social normal, desde el nacimiento a los 24 meses el niño debe mirar, sonreír, reír, imitar, señalar, voltear a ver objetos o personas, mostrar y reconocer cosas o personas y jugar con grupos sociales afines. En el ámbito cognitivo el desarrollo se aprecia según la lateralización dentro de la asimetría cerebral. Según Lenneberg (1967) la asimetría hemisférica comienza a desarrollarse desde la adquisición del lenguaje hasta los 12 años, y en conjunto con otros teóricos como Hiscock (1988), proponen que existe una equipotencialidad en el desarrollo funcional de los

hemisferios y se complementa con el desarrollo progresivo de acuerdo a la especialización hemisférica y el avance de la edad (De Mónica Rosselli, 2010).

Varias décadas atrás profesionales como Illingworth y Haggerty señalaron una nueva morbilidad en la práctica pediátrica en forma de problemas del desarrollo, lo actualmente conocido como trastornos del neurodesarrollo (TDN), término que se define según la Academia Americana de Pediatría como:

Cuadros crónicos y de inicio precoz que tienen en común dificultad en la adquisición de habilidades motoras, de lenguaje, sociales o cognitivas, provocan un impacto significativo en el progreso del desarrollo del niño, con niveles muy variables de gravedad en dependencia de su transitoriedad o permanencia (R.F. Tuchman a, 2005).

Los trastornos del neurodesarrollo se han convertido en un importante referente en los estudios de las neurociencias, particularmente por su prevalencia, la alta morbilidad y comorbilidad, puesta en evidencia según las estadísticas donde uno de cada 20 niños presenta un Trastorno por Déficit Atención e Hiperactividad (TDAH) y uno de cada 80 un Trastorno del Espectro Autista (TEA) (siendo estos dos trastornos los más comunes dentro de los TDN), la necesidad impetuosa de la detención temprana y un tratamiento precoz (Mulas, 2019). Partamos de la definición de trastorno o alteración del desarrollo, cuyos conceptos se entienden como un cambio en la esencia, una perturbación o un patrón anormal del desarrollo (R.F. Tuchman a, 2005).

El desarrollo secuencial y ordenado del sistema nervioso da paso a dos conceptos de suma importancia a la hora de evaluar el desarrollo cerebral y la adquisición de habilidades durante la primera infancia: los periodos sensibles y los períodos críticos. El período crítico

corresponde a una ventana temporal que permite el desarrollo de una habilidad, es decir, es el comienzo y el final abrupto donde debe adquirirse determinada habilidad, siendo un periodo más allá del cual un fenómeno no puede ocurrir, pongamos por caso la adquisición del lenguaje, la cual debe aparecer entre el 1er y 8vo mes de vida, luego de ese tiempo la rehabilitación del lenguaje será menos efectiva. El periodo sensible corresponde a una ventana más amplia la cual permite cierto aprendizaje, es decir, corresponde a periodos en los que es posible incorporar nuevas habilidades. En otras palabras, es el comienzo y fin gradual en el desarrollo de competencias específicas, y se caracteriza por ser un periodo de máxima sensibilidad. Ambos conceptos dependen de la capacidad de crear nuevas sinapsis y esto a su vez está fuertemente ligado a la neuroplasticidad. Este último término se define como la propiedad intrínseca del tejido neural que se expresa como la habilidad de cambiar, adaptarse y repararse a sí mismo, en otros términos, se entiende como la capacidad del cerebro de responder frente a noxas que lo afectan, esta ventana de modificación y reorganización tiene su periodo más sensible hasta los 10 años de vida.

De no ocurrir ciertos aprendizajes dependientes de la experiencia, durante los períodos críticos o sensitivos, se producen cambios irreversibles en el cerebro con extensa reorganización funcional, que dificultan o impiden el curso normal del desarrollo infantil. Existen diversos factores que afectan el desarrollo normal o esperado en el crecimiento cerebral, ya sean biológicos, ambientales, prenatales, perinatales, postnatales o de tipo social. La ocurrencia de noxas biológicas o ambientales durante la gestación, así como en el periodo postnatal, pueden variar la expresión final de algunas de las fases del desarrollo del sistema nervioso central (SNC), y conllevar a manifestaciones inmediatas y mediatas en su funcionamiento global o muy específicamente algunas regiones de este. Según cifras de la OMS:

Entre un 3 y un 5% de los embarazos se consideran de alto riesgo, un 12% son de riesgo moderado; un 10-12% de recién nacidos precisan ingreso en una unidad neonatal, un 3-5% de recién nacidos son de riesgo neurológico y el 4-4,4% son neonatos de riesgo neurosensorial (R.F. Tuchman a, 2005).

IV. Objeto de la intervención o de la práctica de investigación

En 1943 Hans Asperger concebía al TEA como una condición rara en niñas, de ahí que lo consideraba como una condición fuertemente ligada al “cerebro masculino extremo”, es decir, asociaba al carácter femenino con una fortaleza de protección frente al autismo (Artigas-Pallarés, 2017), lo que se vincula con los criterios de autores sobre el sesgo de género frente al diagnóstico del TEA, direccionándolo hacia un estereotipo masculino del trastorno, lo que provoca que muchas mujeres y niñas sean autistas no diagnosticadas o erróneamente diagnosticadas (Haro, 2020). Según estudios en el University College of London, actualmente se estima 1 mujer por cada 3 hombres con TEA, sin embargo, los diagnósticos para muchas mujeres permanecen sin ser emitidos, las razones suelen variar desde aspectos comportamentales a cognitivos, incluyendo aspectos del lenguaje, aunque la mayor evidencia en cuanto a las diferencias de género recae en sintomatologías de tipo social. La manifestación de la sintomatología en el género femenino suele ser atípica, el déficit social y de comunicación tiende a ser más sutil en las chicas, y las mujeres suelen disimular o camuflar mejor estos signos del trastorno. Como expuso Wing (1981) en su teoría del camuflaje, las niñas con TEA desde edades tempranas ocultan sus síntomas sin la intencionalidad de ocultarlos, a través de la imitación de las actividades sociales de los adultos, lo que les permite desarrollar habilidades de afrontamiento a sus inseguridades

sociales, la cual va empeorando cuando crecen porque las demandas sociales al rol femenino aumentan acorde a la dificultad de la interacción interpersonal. Cabe recalcar que, si bien el TEA afecta la capacidad de entender, asociar e imitar, muchos pacientes diagnosticados con el trastorno son capaces de desarrollar estas habilidades, ya sea, por el nivel de gravedad de la enfermedad, siendo leve o moderado, el apoyo en el aprendizaje por parte de los cuidadores, o los avances en las terapias para tratar la enfermedad.

Algunas de las razones más notorias sobre el por qué las niñas y mujeres sigan siendo invisibilizadas a la hora de establecer un diagnóstico certero del TEA son: la desinformación histórica de casos de autismo en mujeres, el rol de género otorgado socialmente sobre lo que se espera en una mujer, las pruebas de evaluación tienen un importante sesgo de género y las expectativas habituales sobre las competencias sociales en las chicas. Mientras que los chicos con TEA suelen relacionarse con niños de su mismo género, las chicas buscan relacionarse con personas con el mismo trastorno, independientemente del género, las niñas suelen desarrollar juegos imaginativos, es más notable la desinhibición social, la emocionalidad desregulada y el uso de un lenguaje emocional más alto. Los varones tienden a mostrar intereses visuales restringidos, mientras que las mujeres se interesan en la lectura, los animales, la moda, o juegos de fantasía.

Actualmente no se considera el género en la evaluación diagnóstica del TEA, sin embargo, los factores anteriormente expuestos dejan en evidencia que las diferencias de género en el diagnóstico del TEA pueden estar más ligadas al modo de detección que a las sintomatologías del trastorno.

De esta forma se evidencia una problemática que abarca el sistema social y cognitivo-conductual, dicha problemática existe en la detección del autismo en mujeres, ya sea por la falta de apoyo en sus dificultades, la presión frente a sus competencias femeninas, la inocente y limitada comprensión social, la falta de un abanico de recursos sociales, la búsqueda de

pertenencia y similitud con el resto y el sesgo de género en los criterios de las guías diagnósticas, las convierten en un blanco fácil para el abuso de todo tipo, la explotación, la discriminación, el estrés, el rechazo, el riesgo de desarrollar problemas emocionales y/o psicológicos, situándolas en el camino a recibir un diagnóstico errado. Generalmente suelen ser diagnosticadas con trastorno límite de la personalidad, trastornos alimenticios, trastornos del sueño, trastornos del lenguaje, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, ansiedad o depresión.

Diversos autores en estudios recientes mencionan estos problemas asociados al diagnóstico de mujeres autistas como comorbilidades, se ha resaltado en estos estudios que la comorbilidad suele ser menor en las mujeres con TEA, a diferencia con los hombres, quienes pueden acumular dos o más diagnósticos comorbidos (Haro, 2020). Sin embargo, existe inclinación por parte de algunos autores sobre que las comorbilidades psiquiátricas y neurológicas en el género femenino son más graves (Espinosa, 2018).

Frente a la problemática detectada surge la necesidad de resaltar la importancia del enfoque de género, si bien se ha avanzado en cuanto a investigaciones sobre este enfoque, falta incluirlo aún más en el ámbito médico, particularmente en el ámbito de las enfermedades mentales. Ser de un género u otro nos condiciona, estructura nuestra identidad y en consecuencia se establece una correlación con las condiciones médicas, que de no ser tomada en cuenta esta perspectiva repercutirá en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la enfermedad. Para el desarrollo de esta investigación se trabajará en conjunto con el centro de salud mental CEPAI, caracterizado por ser un grupo de profesionales especialistas (Médicos, Psicólogo Clínico, Infantil, Psicopedagogos, Neuropediatría y Terapeutas de Lenguaje) centrados en diagnóstico y tratamiento de trastornos del Neurodesarrollo, Autismo, TDA-H, problemas de aprendizaje y terapia de lenguaje.

V. Metodología

El presente trabajo se realizará con un diseño transversal no experimental. Se utilizará un enfoque mixto. La investigación estará enfocada en el análisis de las entrevistas aplicadas a 10 profesionales con experiencia en el diagnóstico de TEA, quienes han centrado su trabajo en el diagnóstico de autismo en niños y niñas entre 3 y 7 años de edad en un centro de salud mental situado en el sur de la ciudad de Quito. El muestreo será no probabilístico, pues la selección se realizará por accesibilidad.

Para el enfoque cualitativo se utilizará como herramienta la entrevista, cuyas preguntas fueron formuladas a partir de una revisión bibliográfica sobre el tema y las pautas diagnósticas del DSM-V, estarán dirigidas a los profesionales de la salud que participaron en el proceso de evaluación de infantes de entre 3 a 7 años diagnosticados con autismo, de esta forma se obtendrán narrativas de los médicos sobre las diferencias de género en las guías diagnósticas y detección del TEA.

Dentro del enfoque cuantitativo se analizarán los criterios diagnósticos con mayor incidencia en el sesgo de género para el diagnóstico de los trastornos del espectro autista.

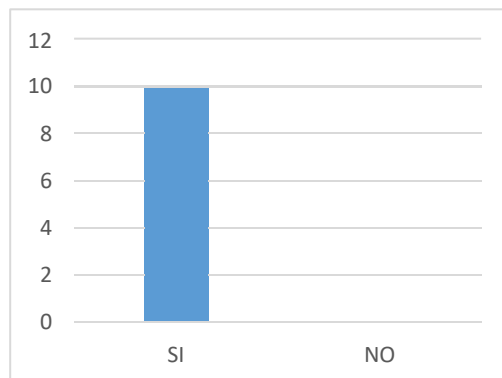
VI. Preguntas clave

- ¿Qué incidencia tienen las diferencias de género en las guías diagnósticas del TEA?
- ¿Cómo influyen las diferencias de género en las comorbilidades desarrolladas junto al trastorno del espectro autista?
- ¿Cuáles son los criterios diagnósticos que más evidencian las diferencias de género en las guías diagnósticas del TEA?

VII. Organización y procesamiento de la información

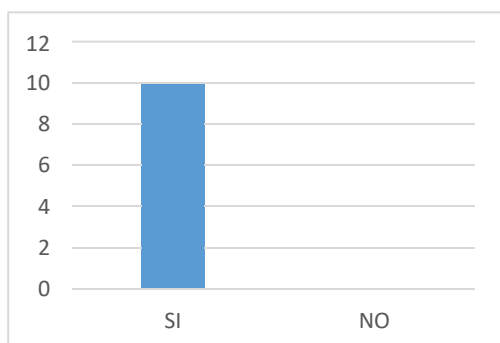
En la recopilación de la información para la presente investigación se entrevistó a 10 profesionales de la salud mental con experiencia en el diagnóstico de TEA, dentro de las áreas de neuropsicología, psicología clínica y neurología. Los resultados de la información obtenida se presentarán de acuerdo con las preguntas realizadas en la entrevista, además, se utilizarán tablas de barras para organizar en porcentajes los resultados obtenidos.

Tabla 1 Pregunta 1: ¿Ha diagnosticado a niños con TEA?



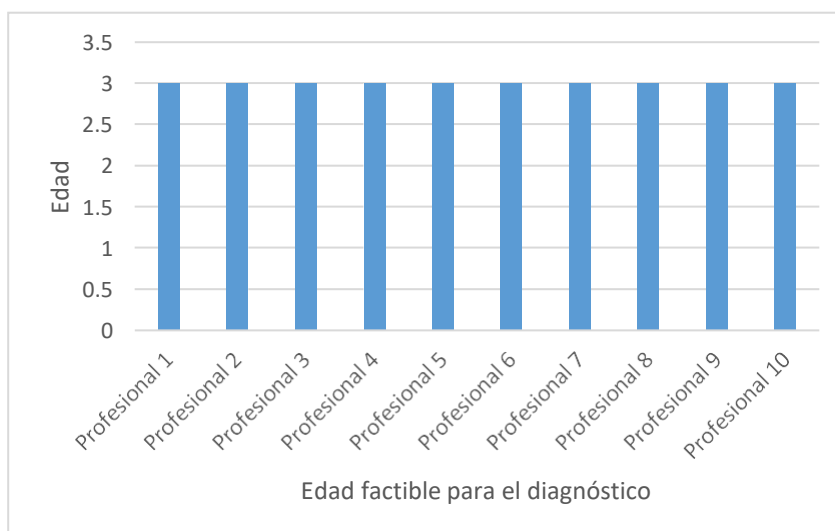
El 100% de los entrevistados respondió Si a esta pregunta; elaborado por Prats, febrero 2023

Tabla 2 Pregunta 2: ¿Ha diagnosticado a niñas con TEA?



El 100% de los entrevistados respondió Si a esta pregunta; elaborado por Prats, febrero 2023

Tabla 3 Pregunta 3: Desde su experiencia, ¿cuál es la edad más factible para diagnosticar TEA?

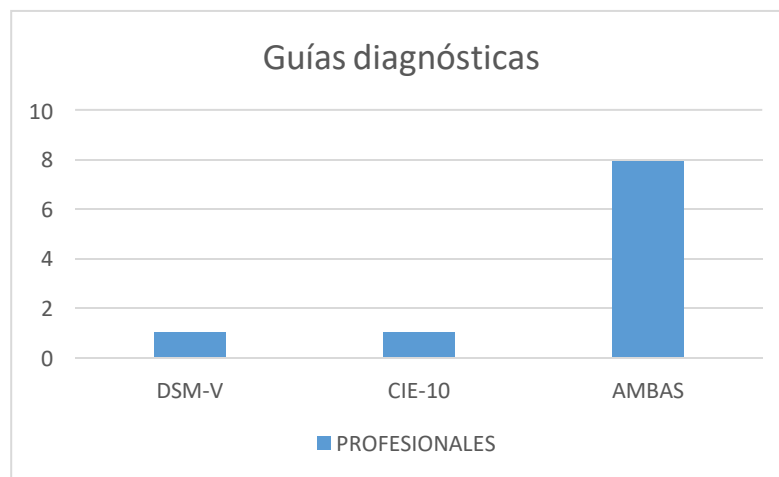


Como se muestra en el gráfico el 100% de los profesionales especializados en el diagnóstico del TEA coincide en que la edad más factible para establecer el diagnóstico es a partir de los 3 años, puesto que antes de esta edad resulta difícil ver la sintomatología del

trastorno pues la maduración cerebral aún no permite la visibilidad de los signos de alarma.

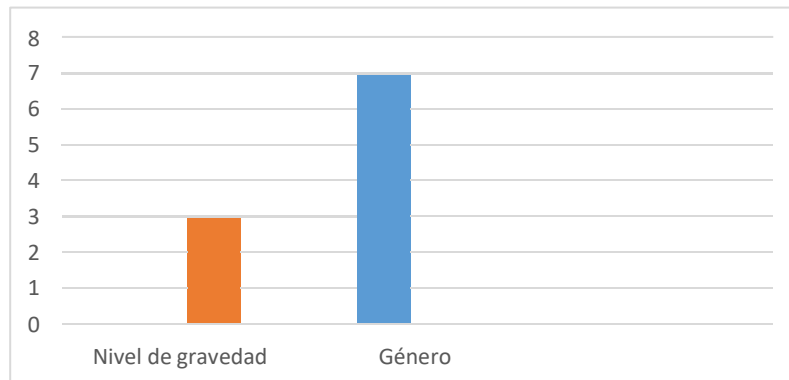
Elaborado por Prats, febrero, 2023

Tabla 4 Pregunta 4: ¿Para establecer el diagnóstico prefiere respaldarse en DSM-V o CIE-10?



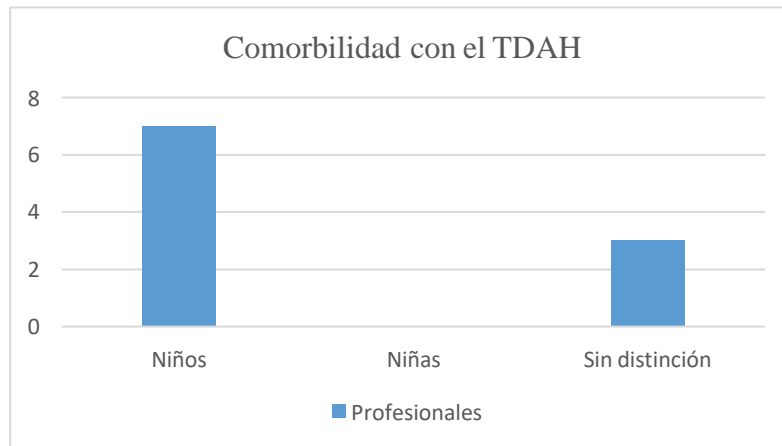
Como muestra la gráfica el 80% de los profesionales entrevistados prefieren respaldarse en ambas guías diagnósticas, puesto que el CIE-10 ofrece las codificaciones necesarias para el informe de diagnóstico exigidas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Mientras que el DSM-V permite mayor precisión en los criterios diagnósticos del trastorno, así como mayor especificidad en la definición de los subtipos del TEA. Elaborado por Prats, febrero, 2023.

Tabla 5 Pregunta 5: ¿Cree que las afectaciones por el TEA en las áreas del neurodesarrollo estén influenciadas por el género, o netamente sea por el nivel de gravedad de la enfermedad? *(Lenguaje, Social, Cognitiva, Motora)*



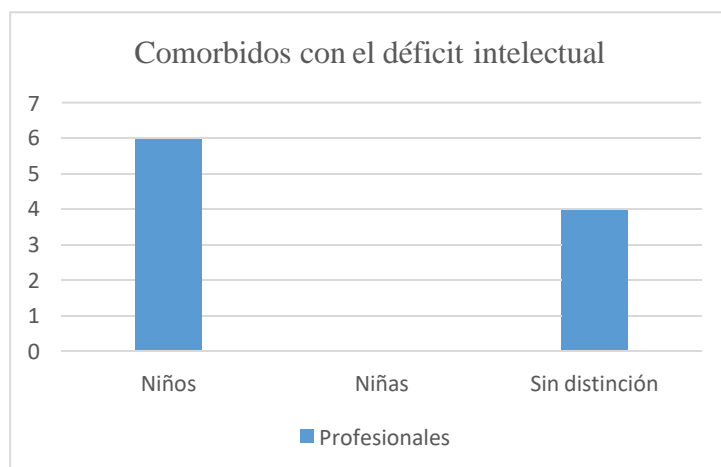
Según los resultados obtenidos en 70% de los profesionales entrevistados están de acuerdo con que el género influencia el nivel de gravedad, cabe recalcar que el 30% de los profesionales que no estuvieron de acuerdo se especializan en las áreas de neurología, por lo que el enfoque social de género no es visto como influyente en la gravedad del trastorno, sino que las causas son destinadas únicamente a la genética, así como a los factores de afectaciones neurológicas. Elaborado por Prats, febrero, 2023.

Tabla 6 Pregunta 6: Referente a las comorbilidades típicas del TEA. ¿Quiénes son más propensos a desarrollar TDAH?



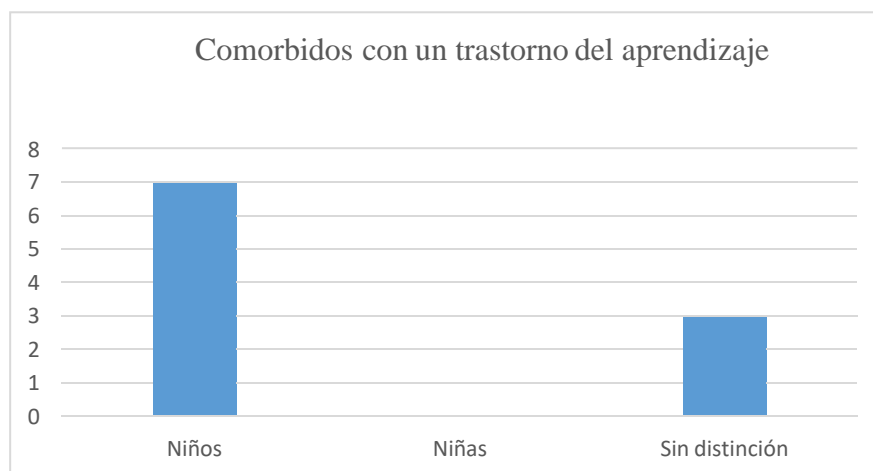
Según el 70% de los profesionales entrevistados aseguran que los varones son más propensos a ser comorbidos con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), mientras que el 30% no ven distinción entre los géneros sobre esta comorbilidad, y como muestra la gráfica ninguno de los profesionales ha visto esta comorbilidad en niñas. Elaborado por Prats, febrero, 2023.

Tabla 7 Pregunta 7: *¿Quiénes son más propensos a ser comorbidos con el déficit intelectual?*



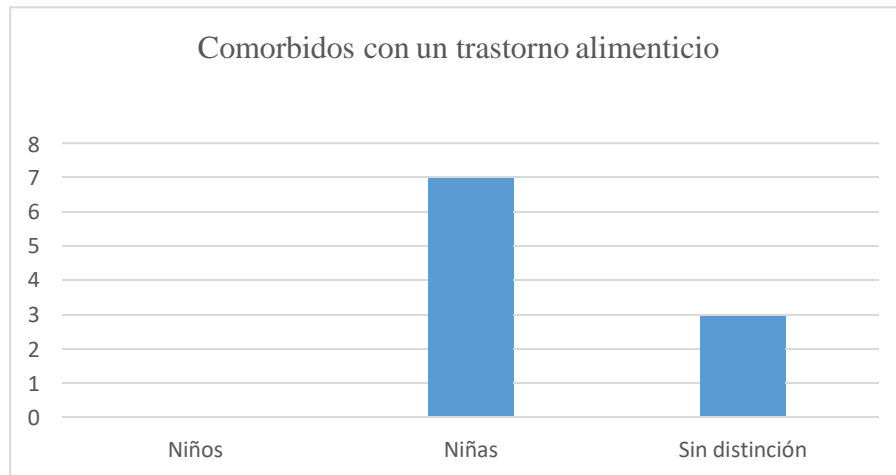
Como muestra la gráfica el 60% de los profesionales entrevistados están de acuerdo con que los más propensos a desarrollar comorbilidad con el déficit intelectual son los varones, ninguno ha visto esta comorbilidad en niñas, y para el 40% el déficit intelectual es visto en ambos géneros sin distinción. Elaborado por Prats, febrero, 2023.

Tabla 8 Pregunta8: ¿Quiénes son más propensos a ser comorbidos con un trastorno del aprendizaje?



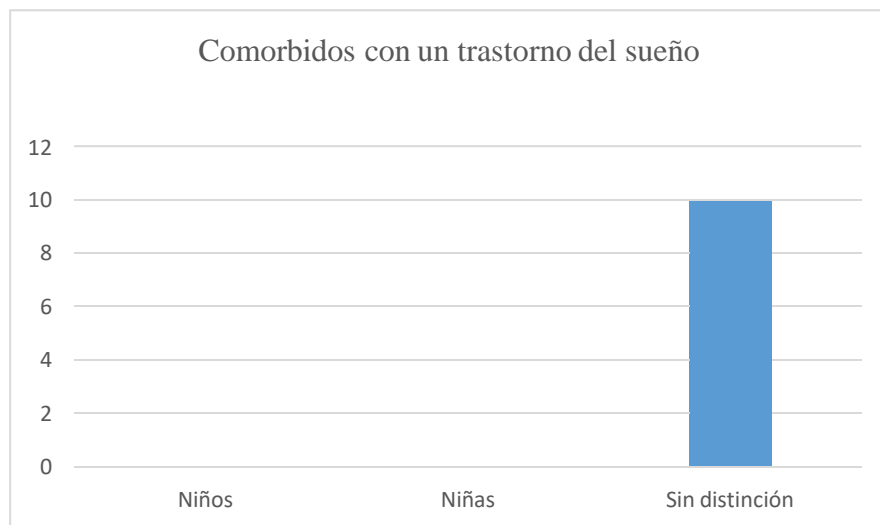
De los entrevistados el 70% estuvo de acuerdo según su experiencia con que los niños tienden a ser comorbidos con un trastorno del aprendizaje, no se arrojan datos sobre el género femenino, y el 30% considera que ambos géneros son propensos a desarrollar un trastorno del aprendizaje sin distinción de género. Elaborado por Prats, febrero, 2023.

Tabla 9 Pregunta 9: ¿Quiénes son más propensos a ser comorbidos con un trastorno alimenticio?



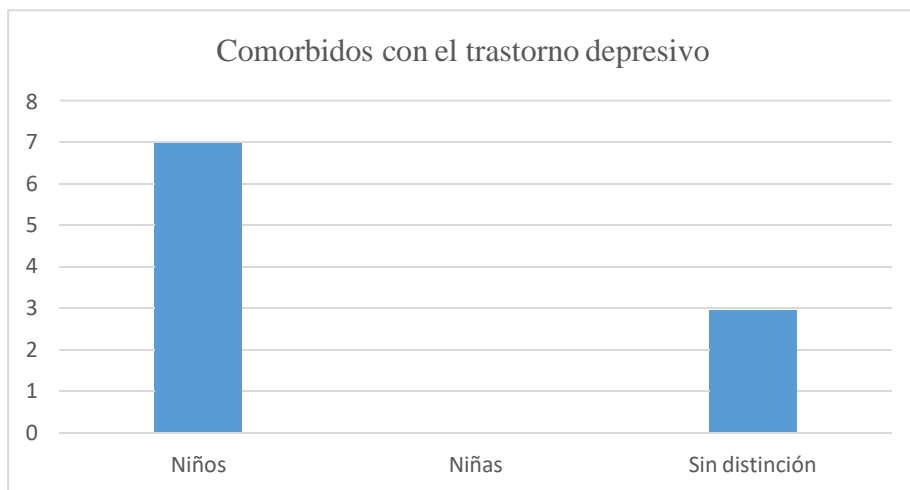
Según los resultados obtenidos el 70% de los profesionales entrevistados concuerdan con que las niñas tienden a desarrollar una comorbilidad con un trastorno alimenticio, mientras que el 30% dice que no hay distinción en el género frente a esta comorbilidad dentro del TEA, y no hubo resultados de prevalencia sobre esta comorbilidad en niños. Elaborado por Prats, febrero, 2023.

Tabla 10 Pregunta 10: ¿Quiénes son más propensos a ser comorbidos con un trastorno del sueño?



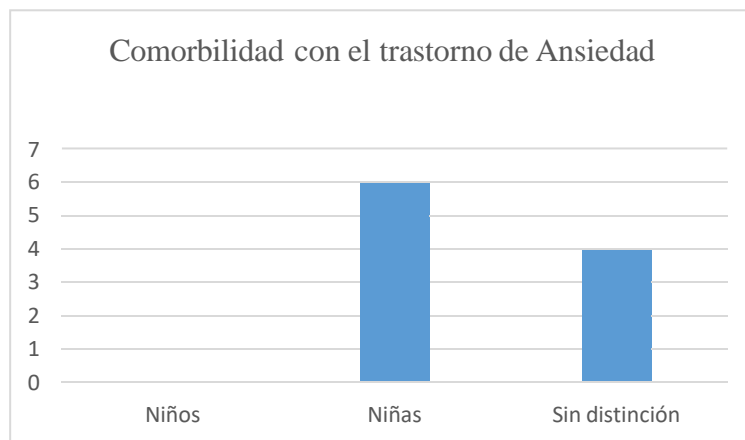
El 100% de los entrevistados concuerdan en que no existe distinción de género frente al trastorno del sueño, por tanto, según los resultados de la presente investigación ambos géneros podrían o no presentar esta comorbilidad. Elaborado por Prats, febrero, 2023.

Tabla 11 Pregunta 11: ¿Quiénes son más propensos a ser comorbidos con el trastorno depresivo?



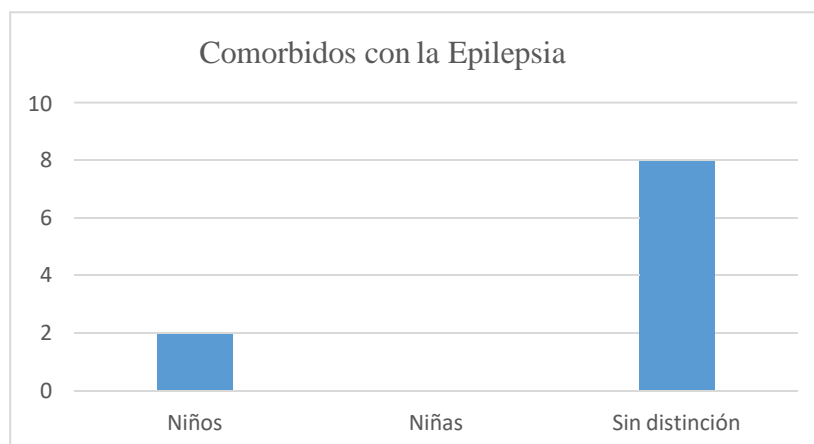
Para el 70% de los entrevistados afirma que las niñas son más propensas a presentar un trastorno depresivo como comorbilidad del TEA, mientras que el 30% se abstiene en cuanto a la distinción de género. Elaborado por Prats, febrero, 2023.

Tabla 12 Pregunta 12: ¿Quiénes son más propensos a ser comorbidos con un trastorno de Ansiedad?



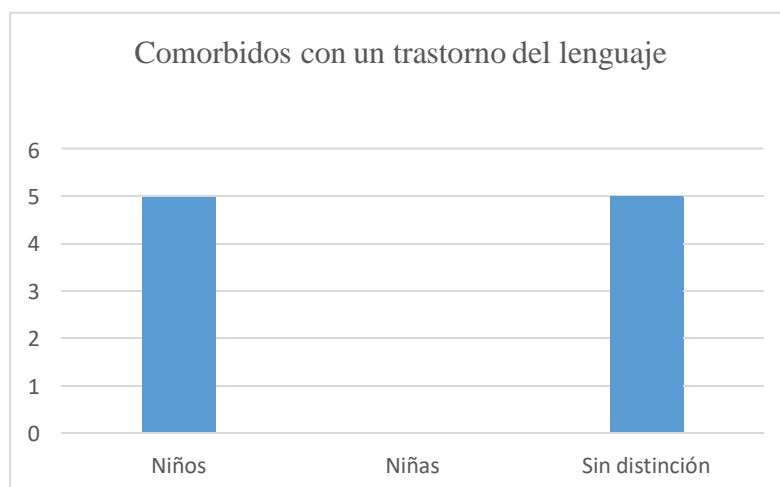
Como muestra la gráfica el 60% de los profesionales entrevistados concuerdan con que son las niñas quienes tienden a presentar mayormente comorbilidad con el trastorno de ansiedad, mientras que para los niños esta comorbilidad es menos vista, y el 40% de los entrevistados no ven distinción de género frente a la comorbilidad propuesta. Elaborado por Prats, febrero, 2023.

Tabla 13 Pregunta 13: ¿Quiénes son más propensos a ser comorbidos con la Epilepsia?



El 80% de los entrevistados afirma que no hay distinción de género frente a ser comorbidos con el trastorno epiléptico, mientras que el 20% considera que es más visto en niños, y ninguno cree que esta comorbilidad sea prevalente en niñas. Elaborado por Prats, febrero, 2023.

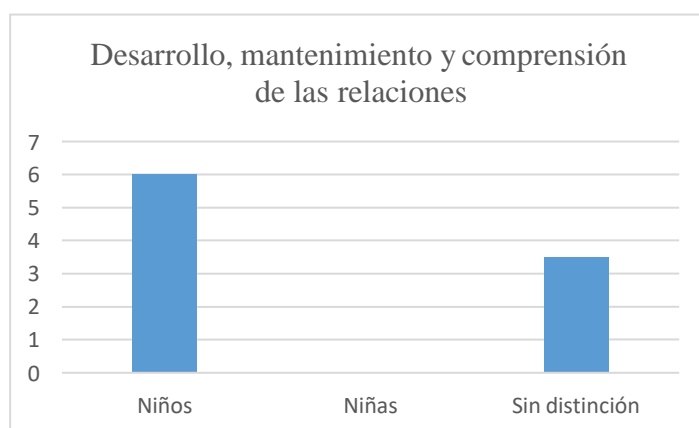
Tabla 14 Pregunta 14: ¿Quiénes son más propensos a ser comorbidos con un trastorno del lenguaje?



Referente a presentar una comorbilidad con el trastorno del lenguaje, el 50% estuvo de acuerdo con que son los niños los más propensos a desarrollarla, mientras que el otro 50%

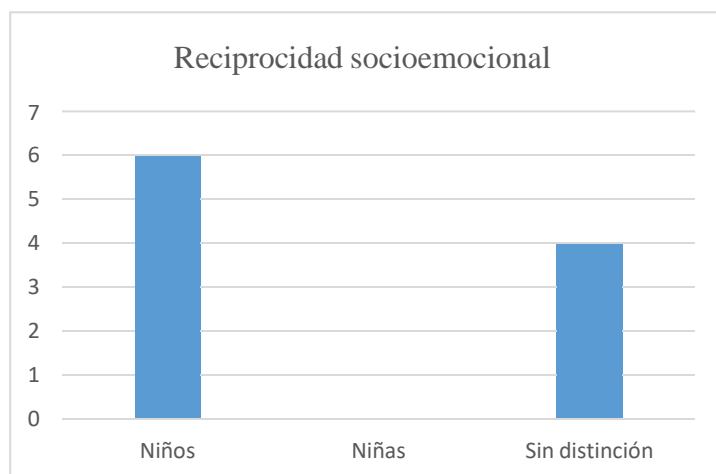
afirma que no hay distinción de genero para presentar esta comorbilidad en el TEA. Elaborado por Prats, febrero, 2023.

Tabla 15 Pregunta 15: ¿Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones son más evidentes en niñas o en niños?



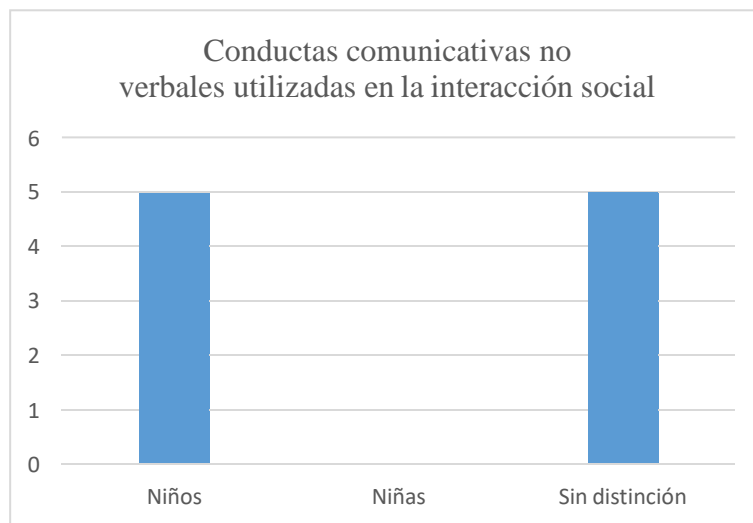
Referente al criterio en el diagnóstico sobre las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones, el 60% de los entrevistados estuvo de acuerdo que dichas deficiencias son más evidentes en niños antes que en niñas, mientras que el 40% arroja que no hay distinción frente al género. Elaborado por Prats, febrero, 2023.

Tabla 16 Pregunta 16: ¿Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional son más evidentes en niñas o en niños?



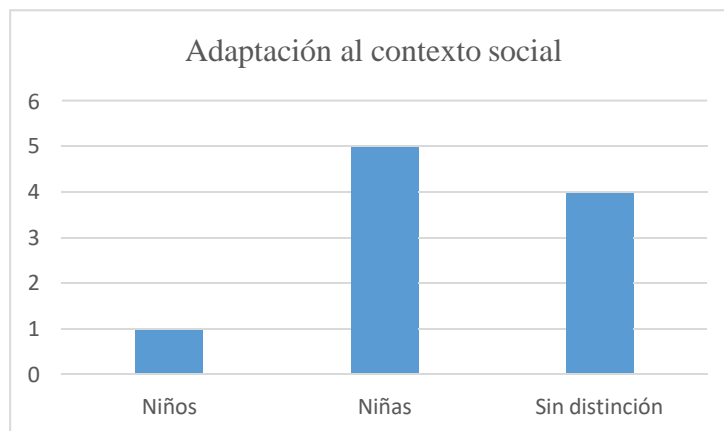
Como se ve en el gráfico el 60% cree que los niños son más prevalentes que las niñas frente a las deficiencias en la reciprocidad socioemocional, mientras que el 40% se abstiene en cuanto al género. Elaborado por Prats, febrero, 2023.

Tabla 17 Pregunta 17: ¿Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social son más evidentes en niñas o en niños?



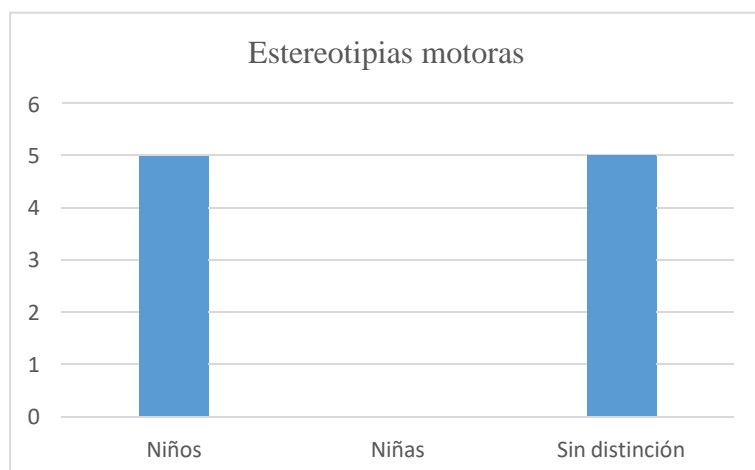
Según el 50% de los entrevistados los niños presentan más deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social que las niñas, y el otro 50 % no cree que el género tenga relevancia en este criterio diagnóstico. Elaborado por Prats, febrero, 2023.

Tabla 18 Pregunta 18: ¿Quiénes son más propensos a adaptarse al contexto social los niños o las niñas?



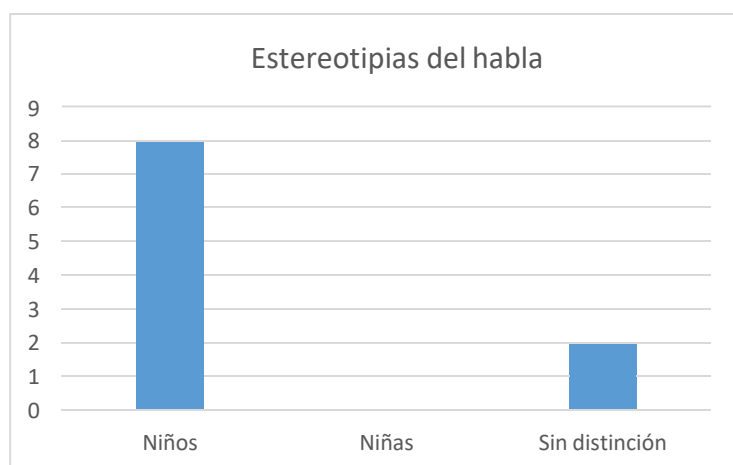
Para la capacidad de adaptación al contexto social dentro del TEA, el 50% de los entrevistados estuvo de acuerdo con que son las niñas las más propensas, dejando solo al 10% de los entrevistados con la opinión de que son los niños quienes evidencian mejor este rasgo. Mientras que el 40% cree que no hay distinción de género, sino que depende netamente de la gravedad de la enfermedad la capacidad de adaptación social. Elaborado por Prats, febrero, 2023.

Tabla 19 Pregunta 19: ¿Las estereotipias motoras son más evidentes en niñas o niños?



Los resultados frente a los movimientos estereotipados se dividen en, un 50% donde son los niños quienes presentan mayormente estos rasgos del trastorno, y el otro 50% afirma que no existe relación entre el género los movimientos estereotipados. Elaborado por Prats, febrero, 2023.

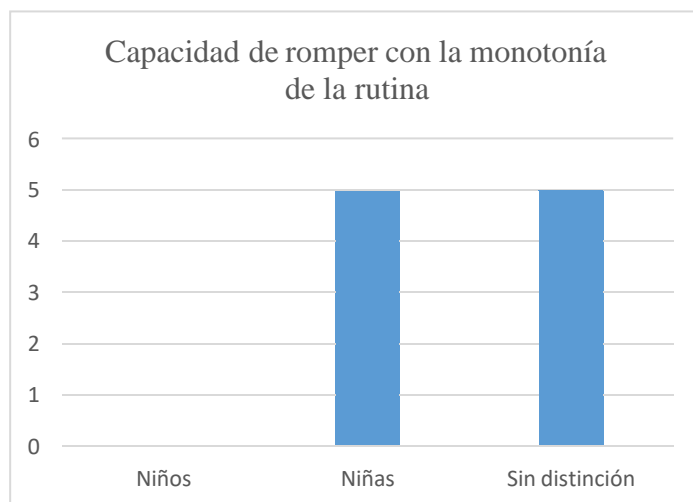
Tabla 20 Pregunta 20%: ¿Las estereotipias del habla son más evidentes en niños o niñas?



Referente a las estereotipias del habla, se obtuvo un 80% creyente de que son los niños los más evidentes en este criterio, mientras que el 20% restante no ve distinción sobre el

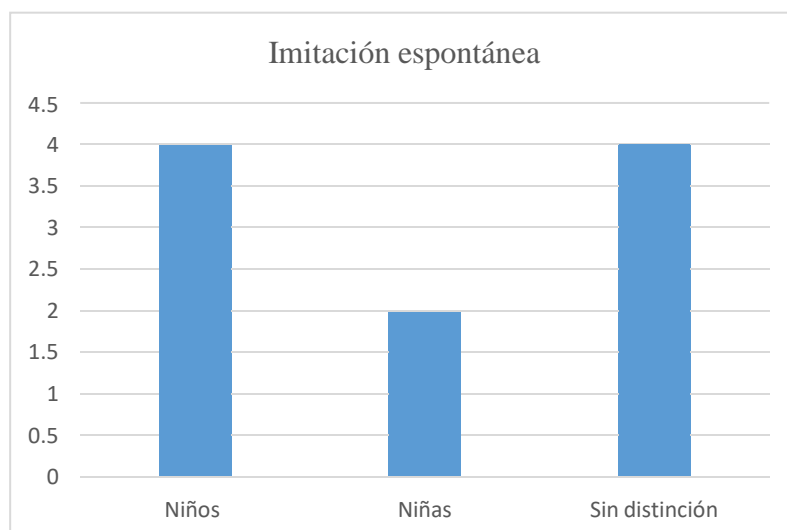
género, reafirmando la idea sobre la dependencia exclusiva del grado de gravedad. Elaborado por Prats, febrero, 2023.

Tabla 21 Pregunta 21: ¿Que género es más propenso a romper con la monotonía de la rutina dentro de lo posible en el TEA?



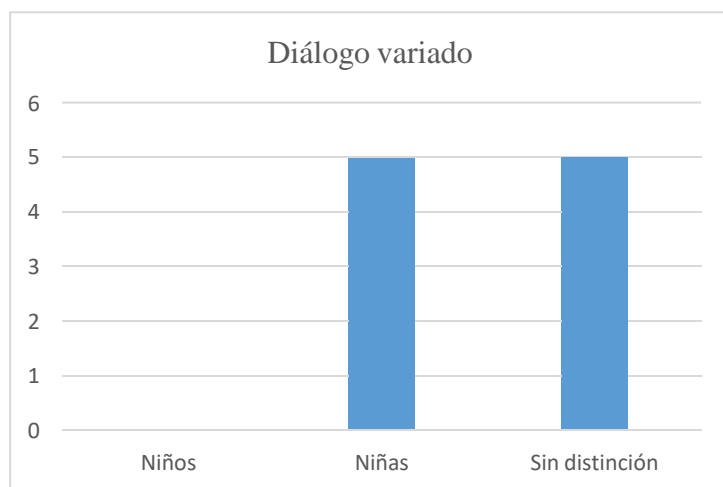
Como muestra la gráfica los resultados estuvieron divididos en 50% siendo las niñas las más propensas a romper con la monotonía de la rutina dentro de lo posible en el TEA sin propiciar una crisis, y el otro 50% sin distinción de género, explicando que esta capacidad se debe únicamente al grado de gravedad. Elaborado por Prats, febrero, 2023.

Tabla 22 Pregunta 22: ¿Que género es más propenso a la imitación espontánea?



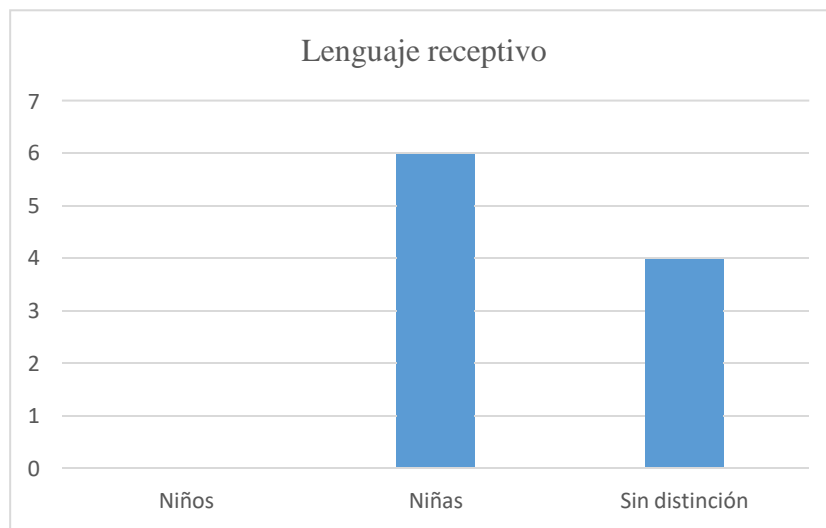
Según los resultados el 40% de los entrevistados tiene la creencia que los niños son más propensos a la imitación espontánea, mientras que solo el 20% cree que son las niñas, sin embargo, el 40% dice que no hay distinción referente al género para este criterio, y se retoma la importancia del nivel de gravedad del trastorno, refiriendo en particular que para este criterio el grado de gravedad que permite la imitación es el grado leve y depende de la conducta que se pueda imitar teniendo en cuenta las limitaciones del trastorno. Elaborado por Prats, febrero, 2023.

Tabla 23 Pregunta 23: En la selección de temas de conversación ¿Qué género suele estar más abierto al diálogo variado?



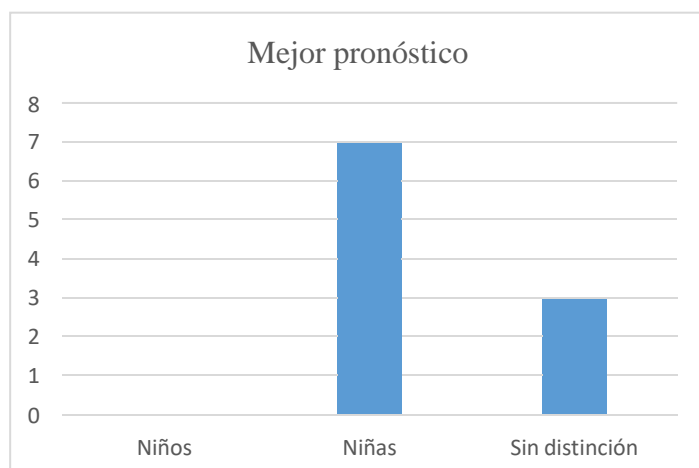
En la selección de temas de conversación como muestra la gráfica el 50% de los profesionales afirmó que son las niñas las más abiertas al diálogo variado, y el otro 50% asume que no hay distinción de género para esta habilidad. Elaborado por Prats, febrero, 2023.

Tabla 24 Pregunta 24: *¿Referente al lenguaje receptivo que género suele acatar mejor las órdenes?*



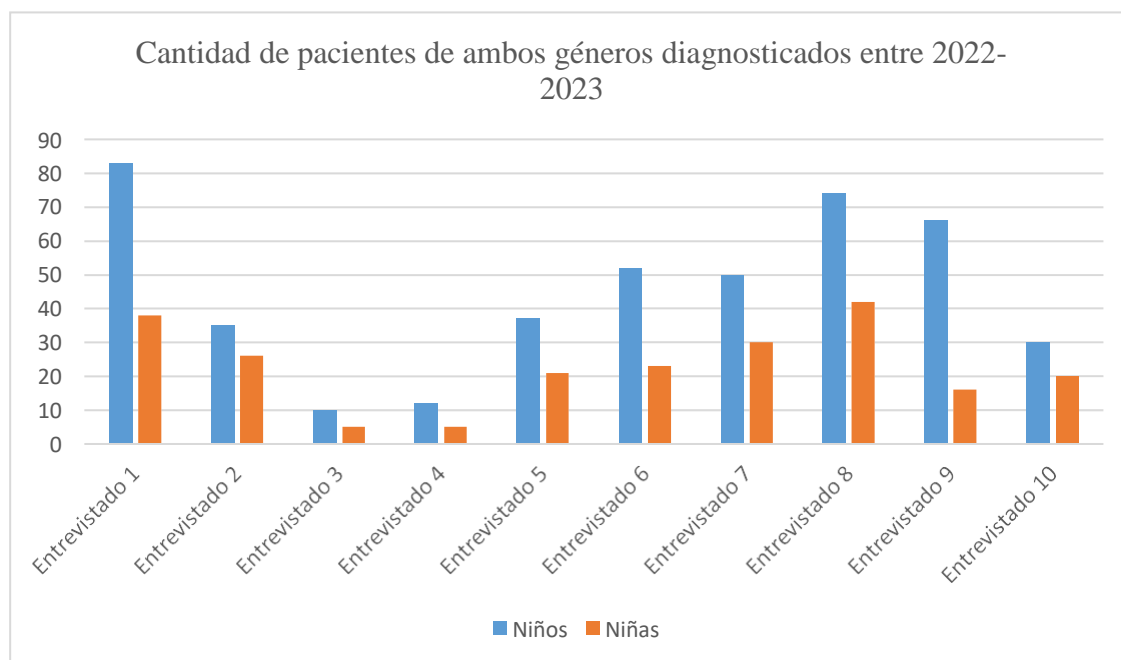
Según los resultados obtenidos las niñas tienden a tener más desarrollada la habilidad de lenguaje receptivo, siendo el 60% de los entrevistados quienes afirman esta premisa, mientras que el 40% reafirma la no distinción de género en el desarrollo de habilidades. Elaborado por Prats, febrero, 2023.

Tabla 25 Pregunta 25: ¿Que grupo de género, presenta mejor pronóstico?



Para el 70% de entrevistados son las niñas las que presentan mejor pronóstico, según este porcentaje de los entrevistados, las niñas tienen la capacidad de avanzar más rápido en el tratamiento que los niños, y para el 30% el avance en el tratamiento dependerá de la gravedad del trastorno, y el enfoque terapéutico. Elaborado por Prats, febrero, 2023.

Tabla 26 Pregunta 26: ¿En el período marzo 2022- enero 2023, ¿cuántos pacientes del género masculino y cuántos del género femenino han sido diagnosticados con TEA?



Como muestra la gráfica las diferencias en diagnóstico entre niños y niñas durante el período marzo 2022 a enero 2023 es notable, siendo mayor la cantidad de niños con TEA frente a la cantidad de niñas, dicha situación fue común para los 10 entrevistados. Elaborado por Prats, febrero, 2023.

VIII. Análisis de la información

El proceso inicia con la construcción de la entrevista, la cual fue formulada a partir de una exhaustiva revisión bibliográfica en conjunto con las pautas diagnósticas del DSM-V, luego se revisó detenidamente cada pregunta del instrumento a aplicar, posterior a esto, se llevó a cabo el agendamiento de citas para reuniones de entrevistas dirigidas a profesionales con experiencia en el diagnóstico del TEA, de esta forma se recopilaban narrativas por parte de los expertos sobre la problemática tratada. Para el análisis de la información recolectada

de la experiencia se describirán los resultados agrupándolos acorde a las dimensiones elegidas como eje de la investigación. Se utilizará un análisis de tipo estadístico y de contenido, puesto que la metodología indica un enfoque mixto, presentando los resultados con el apoyo de gráficas de barras para resaltar en porcentajes la información extraída de entrevistas de tipo estructuradas.

Los resultados arrojados por la investigación muestran una alta prevalencia en el diagnóstico en niños, comparada con la baja cantidad de niñas diagnosticadas con autismo, además, arrojan un mejor pronóstico para las niñas, explicando que, en el caso de las féminas con el trastorno, los tratamientos psicológicos son mejor receptados y presentan un avance más eficaz y veloz, siempre y cuando no se muestre un deterioro cognitivo importante, esto ocurre ya sea, porque las comorbilidades asociadas al autismo son más prevalentes en niños o porque la sintomatología es mucho más sutil en el género femenino durante el periodo estandarizado para efectuar el diagnóstico. Dentro de la sintomatología pongamos por caso las conductas repetitivas, las cuales pueden no ser mostradas por el género femenino en la misma medida en que son vistas en niños con autismo, y sobre los intereses inusuales esperados en el trastorno, las niñas pueden presentar intereses similares a otras niñas con desarrollo neurotípico, o estos intereses suelen ser socialmente esperados por parte de las expectativas que se tienen del género, como indica la Guía de buenas prácticas, en niñas, adolescentes y mujeres con el trastorno del espectro autista (María Merino, y otros, 2018). Por otra parte, en cuanto a los aspectos relacionados a la comorbilidad con un déficit intelectual, TDAH, o trastornos del aprendizaje suele ser más visto en niños, según el estudio realizado por Amaia Hervás (2022) sobre el género femenino y el autismo, esto puede estar asociado a las edades donde los síntomas del autismo son más severos, así como aquellos retrasos en el desarrollo evolutivo, sin embargo, este periodo donde es más evidente la identificación del trastorno y otros retrasos evolutivos asociados no son iguales para ambos

géneros; resultados similares se encontraron al realizar la entrevista ya que el 70% de los profesionales entrevistados aseguran que los varones son más propensos a ser comorbidos con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, al igual que con el trastorno de aprendizaje. En estudios anteriores se reflejó que cerca de los 7 años de edad los niños suelen presentar mayores dificultades, principalmente en el área social, mientras que las niñas tienden a mostrar una exacerbación significativa de las dificultades asociadas al autismo en la adolescencia, algunos autores documentan que esto puede deberse al incremento de las demandas sociales y la complejidad de las relaciones, lo que deja a la luz aquellos déficit propios del TEA que pasaron desapercibidos durante la niñez. (Yassira M. Cedano, Cedano, Rivera-Caquías, Álvarez-Alvarez, & Vega-Carrero, 2020) teniendo en cuenta que, según los hallazgos en las entrevistas aplicadas, las edades para identificar el trastorno y arrojar un diagnóstico comprenden desde los 3 - 6 años de edad, el comportamiento en estas edades variaría en dependencia del género, sesgando en cierta medida el proceso. Referente al desarrollo de trastornos de tipo alimentarios y alteraciones emocionales se evidencia que son las niñas las más propensas a presentar dichos problemas, esto puede estar propiciado por la teoría de camuflaje. Para Amaia Hervás (2022) “el camuflaje resulta de la discrepancia entre los problemas en la cognición social-teoría de la mente y la conducta visible social más preservada” (HERVÁS, 2022, pág. 39). En otras palabras, el camuflaje funciona como un enmascaramiento, pero este intento de esconder las características del autismo agrava los problemas de salud mental, resultando en una pérdida de identidad, confusión, aislamiento o inseguridades que recaen en alteraciones emocionales. Al revisar los resultados sobre la cognición social distintiva de cada género dentro del TEA, se entiende que son las niñas las que tienen un mejor desarrollo dentro de este criterio. Se han realizado diversos estudios que demuestran que las dificultades sociales en féminas con TEA son más evidentes al ser comparadas con féminas neurotípicas, sin embargo, estas dificultades no son tan evidentes

cuando la comparación se efectúa con un niño neurotípico, por tanto, el desarrollo social es mayor comparado con un niño con TEA, es decir, el procesamiento de la interacción social de una niña con TEA es similar al de un niño sin dificultades neuropsicológicas (Yassira M. Cedano, Cedano, Rivera-Caquías, Alvarez-Alvarez, & Vega-Carrero, 2020). Otros hallazgos arrojan el hecho de que las niñas con autismo presentan un mayor uso de la comunicación no verbal, así como, un mejor desarrollo de las habilidades adaptativas. A pesar de las limitaciones propias del trastorno sobre la comprensión de las relaciones, las niñas tienden a mostrar mayor motivación social, lo que las lleva a desarrollar y mantener relaciones de amistad con experiencias sociales similares a la de niños y niñas neurotípicos.

IX. Justificación

De forma general los casos diagnosticados con TEA a nivel mundial han ido en aumento, según los estudios realizados en los últimos 50 años. El factor principal de este aumento es proporcional al aumento de conocimiento de estos trastornos, así como la ampliación de los criterios y herramientas para su diagnóstico.

En América Latina y el Caribe, en niños menores de 5 años, en el año 2015, se dio una prevalencia del 0,27 %, con un cambio de porcentaje anual del 0,0027 % y en la población de 5 – 14 años una prevalencia de 1,73 %, con un cambio del porcentaje anual del 0,023 %. En el Ecuador, en la población menor de 5 años, la prevalencia en el 2015 fue del 0,28 % (0,18 % – 0,41 %) con un cambio de porcentaje anual del 0,0069 % y en la población de 5 – 14 años la prevalencia fue del 1,7 % (1,29 % – 2,15 %), con un cambio del porcentaje anual del 0,016 % (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017).

En un estudio realizado en Chile para la validación del test M-CHAT-R/F, como instrumento de tamizaje para la detección temprana, arrojó en su discusión la notable diferencia entre la proporción hombre - mujer diagnosticados con TEA, donde reporta la prevalencia de 4 hombres por 1 mujer con TEA, y explica que, en menores de 30 meses, esta relación no es tan consistente debido a una tendencia observada a la detección más tardía de los casos de TEA en el género femenino (Coelho-Medeiros, 2019).

En Ecuador se realizó un estudio para la identificación de este sector de la población, en las ciudades de Quito y Guayaquil, donde se tomó una muestra de 160 niños y niñas y logró ver que en el proceso confirmatorio de la condición de autismo en los 80 niños/as del grupo de estudio, se encontró que el 13,75% tenía un diagnóstico erróneo. El 90% de los errores diagnósticos se ubicaron en Quito y ocurrieron sobre todo en instituciones de tipo privado; este es un dato que evidencia un problema mundial, especialmente en los países de bajos recursos, por la falta de profesionales especializados, elevados costos de los prestadores de servicios de salud, y el uso de instrumentos internacionales que demandan cuantiosas sumas para poder utilizarlo (Larrea, 2017).

En Colombia un estudio retrospectivo observacional y descriptivo de una serie de casos documentados en historias clínicas de enero de 2010 a enero de 2014 sobre pacientes con TEA arrojó los siguientes datos 81 casos cumplieron los criterios de inclusión. En la serie, se encontró predominio en el género masculino (94,1%), complicaciones perinatales (43%) y prematuridad (7,6%). Las principales comorbilidades fueron trastornos conductuales (63%), epilepsia (23,5%) y trastorno por déficit de atención e hiperactividad (23%) (Espinosa, 2018). Como se evidencia en los datos la población es masculina en su mayoría, lo que llama la atención en cuanto al por qué el género femenino tiene baja prevalencia en el trastorno, visualizando los problemas en la detección temprana para este género, así como las sintomatologías no detectadas en la aplicación de las guías diagnósticas.

El presente trabajo pretende hacer una contribución al ámbito de la salud, al visibilizar las dificultades existentes a la hora de diagnosticar TEA por el sesgo de género existente en las guías diagnósticas del trastorno mencionado. De igual forma se busca dar respuesta a la pregunta sobre la efectividad de un instrumento utilizado para diagnosticar TEA y cómo influyen en este las diferencias de género. Con este abordaje se logrará darle visibilidad al género femenino y sus dificultades para emitir un correcto diagnóstico de TEA, puesto que las mayorías de las pruebas utilizadas están determinadas mayormente por una muestra masculina, y pareciera dejar de lado aquellos aspectos relevantes para diagnosticar mujeres, por lo que muchos de los resultados diagnósticos suelen estar influenciados por cuestiones de género, partiendo de la falta de claridad en cuanto si el género femenino está asociado o no a una mayor severidad de los síntomas de autismo.

X. Caracterización de los beneficiarios

El presente proyecto está dirigido a la comunidad de la salud, a los educadores y a los profesionales de la salud mental, principalmente a aquellos especializados en el TEA en un centro privado de salud en el sur de Quito, ya que sería este último grupo la población seleccionada para recopilar información desde la experiencia, de esta forma se visualizará el enfoque de género en las características comportamentales del trastorno las cuales tienden a pasar desapercibidas al momento de evaluar, detectar, y hacer seguimiento. El tipo de muestreo es no probabilístico, por tanto, la población objetiva ha sido seleccionada por conveniencia o accesibilidad, siendo un grupo objetivo de profesionales con amplia trayectoria en el trabajo con niños y niñas de entre 3 a 7 años diagnosticados con TEA, sin distinción de posición socioeconómica, raza o género.

Este trabajo busca servir como aporte al conocimiento en la emisión de diagnósticos o tratamientos ya sea en la esfera clínica, psicoeducativa o psicosocial. Además, permitirá reanalizar las pautas al momento de establecer un diagnóstico, poniendo énfasis en aquellos criterios que pueden pasar desapercibidos al no incluir en la evaluación las diferencias de género. También beneficiará a los padres y/o cuidadores de niñas con autismo, de modo que este grupo etario es el más perjudicado a la hora de detectar el trastorno, porque las diferencias de género en las guías diagnósticas del TEA no son incluidas con rigurosidad afectando el diagnóstico, haciéndolo tardío o errado. De forma general los pacientes con autismo estarían dentro del grupo que se beneficia indirectamente de esta investigación, pues se visibilizará la importancia del enfoque de género dentro de la enfermedad y se arrojarán estrategias que sirvan en la detección de las diferencias comportamentales dentro del trastorno, de esta forma se podrá contar con profesionales que conozcan el espectro autista desde una perspectiva de género y pacientes con autismo capaces de lograr un mejor desempeño y entendimiento de las esferas sociales e intrapersonales.

XI. Interpretación

El objetivo de este trabajo de investigación es analizar las diferencias de género y su incidencia en el diagnóstico de los trastornos del espectro autista, en cuanto a manifestaciones sintomatológicas, comorbilidades asociadas y prevalentes en dependencia del género, así como el enfoque que se utilice en la aplicación de las guías diagnósticas.

La principal evidencia que nos arrojan los resultados de la investigación es el alto índice de niños diagnosticados con autismo, frente a la poca cantidad de niñas diagnosticadas en el período comprendido entre marzo 2022 a enero 2023. La prevalencia del TEA en niños ha sido estudiada por diversos campos investigativos, y existen conclusiones respecto a que

no hay diferencias significativas en cuanto a los síntomas nucleares del TEA, sin embargo, las diferencias recaen en la valoración de las niñas con sospechas de autismo, donde se incluye un sesgo de género en dichas evaluaciones, es decir, la aplicación de pruebas para el diagnóstico del TEA está condicionada a una muestra predominantemente masculina (Asunción, 2018). A esta premisa se le suman determinadas variables, como es el grado de gravedad del trastorno, el contexto sociocultural, la capacidad cognitiva, la edad y las concepciones del evaluador. Frente a un grado leve de autismo, en el caso de las niñas el trastorno puede pasar desapercibido, puesto que desarrollan la habilidad del lenguaje, permitiéndoles desempeñar mejores competencias narrativas y sociales, unido a las habilidades de imitación y camuflaje. Esta conducta de imitación y camuflaje es más común en niñas con autismo, según María Luciana Augusto Della Torre en su estudio investigativo de 2021, sobre los efectos del camuflaje en la salud mental de las personas con el TEA, explica que este fenómeno de camuflaje funciona como un mecanismo de adaptación y se manifiesta a raíz de la presión ejercida en un contexto social específico, y tiene como función permitirle a la persona con el trastorno la capacidad de relacionarse con los demás. La necesidad de camuflar la conducta autista suele darse mayormente en niñas porque suelen percibir mayores demandas sociales, llevándolas a la necesidad de cumplir con expectativas de comportamiento asociadas al rol de género (Torre, 2021). Esta situación puede ejemplificarse de la siguiente forma, diversos profesionales de la salud y educadores suelen asociar las conductas de obediencia y pasividad, como características de timidez o bondad, siendo interpretadas como tímidas o tranquilas antes de considerar el déficit en las habilidades sociales y comunicativas. Otra ejemplificación se encuentra en las conductas repetitivas típicas del trastorno que suelen ser funcionales en el caso de las niñas, así como los intereses restringidos que tienden a ser socialmente aceptados por ser lo esperado por el género, como es el canto, la lectura y la moda (Asunción, 2018).

Referente a la edad para el diagnóstico del TEA los resultados arrojan que es factible que la detección comience a partir de los 3 años, pues a partir de aquí son más evidentes el cumplimiento y/o la deficiencia de los hitos del desarrollo, respecto a las áreas del neurodesarrollo (motora, cognitiva, lenguaje y social), sin embargo, es a partir de los 7 años donde se ven con mayor efectividad las diferencias de género en el trastorno. Autores explican que a los 7 años de edad los niños muestran características propias del trastorno más evidentemente que las niñas, mientras que en la entrada de la pubertad la sintomatología de las niñas con TEA aumenta significativamente (Asunción, 2018). Esta situación podría correlacionarse con las diferencias de género de tipo neurobiológicas. Desde las neurociencias se conoce que la mayor diferencia neurobiológica entre mujeres y hombres se encuentra en la ruta neuroquímica, es decir, por la teoría del dimorfismo sexual se evidencia que la principal causa de estas diferencias en el cerebro tiene su origen en la interacción hormonal con los receptores de los circuitos cerebrales encargados de las conductas sexuales, según hemos revisado a Pallarés Domínguez (2011). Sin embargo, surge una contradicción, los cambios hormonales típicos de la pubertad muestran un incremento en la sintomatología de las niñas según leemos la investigación realizada por Asunción (2018) sobre la influencia del sesgo de género en el diagnóstico de trastorno de espectro autista, pero según Pallares Domínguez (2011) los cambios en los niveles hormonales de las mujeres están regulados principalmente por el ciclo menstrual, lo que permite que tras la ovulación se genere un aumento en los niveles de estrógenos y progesterona, lo que permite en las féminas una mayor habilidad en la fluidez verbal y tareas de psicomotricidad fina, y al revisar la sintomatología del TEA se entiende que los movimientos estereotipados y la fluidez verbal son parte de las deficiencias del trastorno, por tanto, con la pubertad y posteriormente la llegada de la menarquia no debería notarse más la sintomatología en las mujeres.

Ahora bien, con la presente experiencia investigativa se puede observar que el mejor pronóstico frente al TEA lo presentan las niñas, según los profesionales entrevistados esta característica está asociada al hecho de que las niñas avanzan mejor en el tratamiento haciendo alusión a diversos hallazgos que explican que las niñas frecuentan el juego imaginativo y las situaciones verbales, lo que conlleva a presentar una sintomatología más sutil o camuflada, siendo esta peculiaridad una de las razones por la que se dificulte el proceso de evaluación, unido a la edad para establecer un diagnóstico, la cual se encuentra entre los 3 a los 7 años, y regresando a Asunción (2011), se logra entender que los niños en esas edades muestran mayores deficiencias en los criterios diagnósticos propuestos en las guías para el diagnóstico del TEA, mientras que para las niñas la edad más notable de cambios es a partir de la pubertad, por los cambios en la interacción hormonal de los receptores de los circuitos cerebrales encargados de las conductas sexuales, siendo esta la mayor diferencia en cuanto a la estructuración del género, quizás aquí estaría la respuesta del por qué es mayor la cantidad de niños diagnosticados frente a la cantidad de niñas. Para concluir, puede verse entonces que la prevalencia en el diagnóstico tardío en el género femenino se debe a que no muestra de la misma forma que el género masculino las deficiencias típicas de la enfermedad en el período de las edades establecidas para el diagnóstico.

XII. Principales logros del aprendizaje

La investigación llevada a cabo permitió fortalecer los conocimientos generados durante la formación académica, además se lograron resaltar problemáticas de género en un sector de la población con una discapacidad psicosocial. Entender que el enfoque de género es parte activa del establecimiento de diagnósticos abre las expectativas de desarrollo social equitativo sobre la importancia de la salud mental. El presente trabajo innova en cuanto a los

períodos de diagnóstico dentro del ámbito de la salud mental, resalta la necesidad de entender que mujeres y hombres no funcionan igual y por tanto deben ajustarse a ambos géneros las guías diagnósticas teniendo en cuenta las principales diferencias, que, si bien afectan desde el ámbito social, sería la parte clínica la encargada de detectar e iniciar un tratamiento efectivo. La temática tratada ofrece mayor claridad sobre el trastorno del espectro autista y sus manifestaciones clínicas desde las diferencias innatas sujetadas al género. No se dificultó el proceso por la facilidad de la información recopilada, sin embargo, se obtuvo una visión fragmentada de las ramas médicas destinadas a la salud mental, pongamos por caso, desde la neurología el enfoque de género no tiene la prevalencia que debería tener, dejando de lado la distinción hallada sobre las diferencias de género, por otra parte, el enfoque de la psicología clínica, la psicología social y la neuropsicología, logran anclar dentro de los factores ambientales como parte de la etiología del trastorno, el enfoque de género.

XIII. Conclusiones

Se logró identificar las diferencias de género en la sintomatología de pacientes diagnosticados con TEA desde las edades en que se evidencian los signos de alarma, mientras que los niños muestran estos signos desde edades tempranas referidas desde los 3 a los 7 años de edad aproximadamente, las niñas tienden a presentar dificultades propias del trastorno a partir de la pubertad, pues la mayor diferencia se encuentra en los caracteres sexuales dirigidos por la ruta hormonal, en consecuencia sería la entrada a la pubertad la que active en su mayoría estas diferencias, agravando las alteraciones del autismo según se complejizan las relaciones inter e intra personales propias de la adolescencia.

Como se ha expuesto las niñas con autismo manifiestan mejor desarrollo de las habilidades sociales, esto puede estar relacionado con el dimorfismo sexual en el núcleo ventromedial, propiciándole a las mujeres un mayor uso del sistema límbico y por tanto mejor juicio empático, lo que convierte en un rasgo sutil el déficit en la interacción social, propiciando mejor reciprocidad socioemocional unida a la coordinación de la comunicación no verbal, restringiendo las conductas estereotipadas en niñas y ampliando los intereses con cualidades socialmente aceptadas.

Referente a las comorbilidades asociadas al TEA, el déficit de atención e hiperactividad, los trastornos del aprendizaje, problemas conductuales y dificultades en el lenguaje expresivo, están asociados en su mayoría a los niños con autismo, en tanto las niñas con autismo son propensas a presentar trastornos depresivos, ansiosos y alimenticios, lo que está unido a la tendencia de camuflar las características del trastorno, ya sea, por cumplir expectativas de género, crear un sentido de pertenencia o cumplir con las demandas sociales. Por otro lado, las comorbilidades asociadas a la epilepsia y trastornos del sueño según los resultados obtenidos no tienen distinción de género, por lo que se encuentran vinculados principalmente al deterioro cognitivo que presente el sujeto con TEA.

Si bien el sesgo de género en el autismo ha sido investigado en repetidas ocasiones, en la práctica se siguen dejando fuera dichas concepciones. La investigación realizada indica que existe una notable diferencia entre niños y niñas con TEA, sobre todo en las manifestaciones de las sintomatologías propias del trastorno, y como se halló en el presente trabajo las guías diagnósticas indagan lo suficiente en las características y subtipos de la enfermedad, a pesar de esto, la notoriedad entre la diferente cantidad de niños y niñas diagnosticados llama la atención, y dicha atención se posa sobre los evaluadores, los enfoques que se utilizan y las edades en las que se establece el diagnóstico, en otras palabras, mientras que los niños reflejan la sintomatología en edades de entre 3 a 7 años, las niñas muestran estas mismas sintomatologías pero de una forma mucho más sutil, ya sea por las diferencias de los géneros en la ruta neuroquímica, las expectativas sociales distintivas para cada género o las diferencias en los juicios emocionales desde la neuroanatomía.

XIV. Recomendaciones

Se recomienda para futuras investigaciones establecer un estudio comparativo en detección del TEA ampliando el período de diagnóstico o difiriendo en cuanto al género para establecer dicho período. Además, se recomienda a profesionales de la salud mental hacer énfasis en el enfoque de género antes de dictaminar el diagnóstico, puesto que se evitarían los diagnósticos errados o el desarrollo de comorbilidades de tipo psicoafectivos. Parte de esta investigación va destinada de forma indirecta a las condiciones socioculturales que influyen en las estructuras identitarias, en base a esto se recomienda un cambio dentro de los paradigmas de género y su incidencia en las enfermedades o trastornos de tipo mental.

XV. Referencias

- Amar, J. J. (2004). *Desarrollo infantil y construcción del mundo social*. Colombia: Universidad del Norte.
- Artigas-Pallarés. (2017). Deconstruyendo a Kanner. *Neurol*.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5*. London: Arlington VA.
- Asunción, M. M. (2018). Influencia del sesgo de género en el diagnóstico de trastorno de espectro autista: una revisión.
- Carrillo, M. J. (2009). EVOLUCIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN PSICOLOGÍA. *Revista Mexicana de Psicología*.
- Castanedo, C. (2008). *Seis enfoques psicoterapéuticos (2a. ed.)*. Mexico: El Manual Moderno.
- Coelho-Medeiros, B. A. (2019). Validación del M-CHAT-R/F como instrumento de tamizaje para detección precoz en niños con trastorno del espectro autista. *Scielo*.
- De Mónica Rosselli, E. M. (2010). *Neuropsicología del desarrollo infantil*. Mexico: El Manual Moderno.
- Echavarrí M., G. J. (2007). DIFERENCIAS DE GÉNERO EN HABILIDADES. *Departamento de Psicología, Universidad Empresarial Siglo 21*.
- Espinosa, M. T. (2018). Trastorno del espectro autista: caracterización clínica en pacientes de dos centros de referencia en Bogotá, Colombia. *Med*.
- García Terán, M., Cabanillas, G., Morán, V., & Olaz, F. (2014). DIFERENCIAS DE GÉNERO EN HABILIDADES SOCIALES EN ESTUDIANTES. *Universidad del Rosario*.
- Haro, O. d. (2020). Las diferencias de género. *HUESCA*.
- Hernández, M. F. (2021). Construcción de la identidad de género en la. *BENEMÉRITA Y CENTENARIA ESCUELA NORMAL*.
- HERVÁS, A. (2022). GÉNERO FEMENINO Y AUTISMO: INFRA DETECCIÓN Y MIS DIAGNÓSTICOS. *Hospital Universitario Mutua Terrassa. IGAIN, Instituto Global de Atención Integral al Neurodesarrollo*.
- Larrea, L. (2017). Autismo en Ecuador: Un grupo social en espera de atención. *Scielo*.
- Ligero, C. O. (2008). TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA. *Innovacion y experiencias educativas*.
- Lord, R. (2008). ADOS- Escala de observacion para el diagnostico del autismo. *Universidad de Lima*.
- María Merino, C. D., Merino, M., D'Agostino, C., De Sousa, V., Gutierrez, A., Morales, P., . . . Amat, C. (2018). GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS EN NIÑAS, ADOLESCENTES Y MUJERES CON TRASTORNO DEL ESPECTRO DEL AUTISMO. *AETAPI*.

Marta, L. (2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. *Escuela Nacional de Antropología e Historia*.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). Trastornos del Espectro Autista en. *Dirección Nacional de Normatización-MSP*, 15.

Mulas, F. (2019). ACTUALIZACIÓN EN TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO. *MEDICINA (Buenos Aires)*.

Pallarés Domínguez, D. V. (2011). La neurociencia aplicada al estudio del género: ¿una nueva perspectiva? *Fòrum de recerca*.

R.F. Tuchman a, b. S. (2005). Trastornos del neurodesarrollo y epilepsia. *NEUROL*.

Torre, M. L. (2021). EFECTOS DEL CAMUFLAJE EN LA SALUD .

Yassira M. Cedano, N. R.-C.-A.-C., Cedano, Y., Rivera-Caquías, N., Alvarez-Alvarez, M., & Vega-Carrero, M. (2020). Trastorno del Espectro Autista en Fémimas. *Revista Caribeña de Psicología*.

Zaro, M. J. (1999). LA IDENTIDAD DE GÉNERO. *Facultad de Psicología (UB)*.

Pallarés-Domínguez, D. (2011). La neurociencia aplicada al estudio del género: ¿una nueva perspectiva?

R.F. Tuchman a, b. S. (2005). Trastornos del neurodesarrollo y epilepsia.

NEUROL.

Triglia, A. (2019). Las 4 etapas del desarrollo cognitivo de Jean Piaget.

Zaro, M. J. (1999). LA IDENTIDAD DE GÉNERO. *Facultad de Psicología (UB)*.