



## Identidad enmascarada: el sesgo de género en el diagnóstico de autismo

Por Paula Jofré Ramos

**Palabras clave:** autismo, sesgo, diagnóstico, mujeres, masking

### RESUMEN

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo que se suele diagnosticar a temprana edad, cuando se presentan dificultades en la interacción social, un uso del lenguaje e intereses repetitivos y restringidos, que van acompañados de hipersensibilidad a ciertos estímulos. El autismo se asocia más a hombres que a mujeres; no obstante, existe un porcentaje de mujeres que no está siendo diagnosticado. Este artículo plantea que ello se debe al sesgo de género, que surgió a partir de los primeros modelos diagnósticos del autismo. Como estos se basaron en hombres, los criterios y herramientas diagnósticas se elaboraron bajo un enfoque androcéntrico que no se ha actualizado. Este sesgo también se perpetúa por los estereotipos y visiones sobre el comportamiento femenino temprano, que tienen los profesionales a cargo. Las mujeres autistas utilizan el *masking* para camuflarse, pero esta estrategia puede traer consecuencias psicológicas desfavorables. Otra de sus secuelas es el diagnóstico tardío, es decir, la detección del autismo en la adultez. Por ello, es necesario replantear el diagnóstico y situarlo en diversos contextos, incorporando medidas para combatir el androcentrismo en la práctica psicológica.

### INTRODUCCIÓN

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es un trastorno asociado al desarrollo neurológico. Se caracteriza por la dificultad que presenta el individuo al momento de enfrentar la interacción social y puede mostrar patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, acompañados de intereses particulares o hiper fijaciones por objetos inusuales. Además, presenta deficiencias en las interacciones sociales, como anomalías en el contacto visual o lenguaje corporal, junto con dificultades para el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones, por lo complicado que les resulta ajustar el comportamiento a ciertos contextos. Las personas autistas se caracterizan también por ser híper o hipo reactivos a estímulos sensoriales del entorno, como la temperatura, el dolor, los sonidos, texturas, olores o colores (American Psychiatric Association, APA, 2014).

El término "autismo" fue utilizado por primera vez en 1911 por el psiquiatra alemán Eugen Bleuler, con el fin de diagnosticar a los niños que padecían de esquizofrenia grave. Desde ese entonces el concepto se ha debatido en el área de la psicología infantil, hasta que en 1943, el psiquiatra infantil Leo Kanner acuñó el término "autista". El Dr. Kanner observó a 11 niños que exhibían comportamientos lingüísticos inusuales, insistencia en la monotonía, una falta de interés hacia las personas de su entorno y resistencia a los cambios. Fue a partir de estas observaciones que definió como posible causa el estilo de crianza. Hoy esta teoría es discutida, ya que la investigación apunta a un enfoque multifactorial que incluye malformaciones en ciertas partes del cerebro, factores genéticos y factores externos (Rutten et al., 2024; Frampton et al., 2023; Botelho et al., 2024).

En la etiología del autismo se entiende que hay factores genéticos heredables debido a que hay genes identificados como más riesgosos para el desarrollo del trastorno, aunque estos se manifiestan de diferentes maneras, dependiendo de otros factores genéticos, ambientales o estocásticos. En otras palabras, si bien hay una disposición genética, es necesario que se complemente con factores ambientales, por lo que la genética no sería determinante para el autismo (Betancur, 2011; Sealey et al., 2016).

Según cifras de la Organización Mundial de la Salud (2025), una de cada 127 personas son autistas, aunque es un estimado. La prevalencia varía según el estudio, aunque las investigaciones más controladas han mostrado cifras mayores. Los datos que proporcionan los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) muestran un aumento considerable en los casos de autismo, puesto que, en 2018, existía una razón de 1:44 niños con la condición, es decir, un 2,3 % de los niños presentaban autismo. Registros 2023 indican que hubo un aumento del 5 %, o sea que el 2,8 % de infantes presentan el trastorno en Estados Unidos.

Las personas autistas pueden llegar a presentar comorbilidades asociadas, tales como epilepsia, depresión, ansiedad y trastorno de déficit de atención e hiperactividad (OMS, 2025). También pueden presentar ciertos comportamientos problemáticos como dificultad para conciliar el sueño, estreñimiento y restricciones alimentarias (APA, 2014).

El *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (DSM-5, por sus siglas en inglés) incluye el TEA dentro de los trastornos relacionados con el desarrollo neurológico, debido a las deficiencias persistentes en la comunicación e interacción social, en diversos contextos. El manual describe que existen acercamientos sociales anormales y fracaso en la inserción social, por la disminución de intereses y emociones que presentan las personas autistas. A esto, le suma la dificultad que hay al iniciar interacciones sociales o responder a ellas. Otra deficiencia que describe se relaciona con las conductas comunicativas no verbales. En este sentido, existirían anomalías en el contacto visual y el lenguaje corporal de la persona, así como también una comprensión deficiente de gestos o carecer de expresiones faciales. Por último, a los individuos que padecen el trastorno les cuesta mantener relaciones sociales, debido a las complicaciones que tienen en sus interacciones, por lo que algunos se ven forzados a ajustar su comportamiento según los contextos de interacción (APA, 2014). Teniendo esto en consideración, es posible que el desinterés hacia las personas del entorno surja a partir de las dificultades para establecer vínculos con ellas.

Junto con las dificultades asociadas a la socialización, es posible observar deterioros en la comunicación social y patrones de comportamiento restringidos y repetitivos. Por ejemplo, es posible encontrar que existe un foco de interés anormal en objetos inusuales, al punto que pueden generar preocupaciones exacerbadas. Asimismo, se presenta una hiper o hipo reactividad a los estímulos sensoriales del entorno, tales como temperatura, olores, sonido, colores, luces o movimientos, frente a los que se puede reaccionar con palpaciones excesivas o fascinación desmedida (APA, 2014).

Por otro lado, se aprecia una insistencia en lo monótono, ya que presentan excesiva inflexibilidad cuando se trata de las rutinas o ciertos patrones de tipo ritual, ya sean verbales o no verbales; tienen patrones de pensamiento totalmente rígidos, angustia por cambios pequeños, selección alimenticia -debido a que comen los mismos alimentos con frecuencia-, dificultad con las transiciones en general; y movimientos, modo de hablar o uso de objetos de forma repetitiva, es decir, utilizan frases idiosincrásicas, sufren de ecolalia -repiten palabras o frases que han dicho otras personas- o estereotipias motoras simples. Los síntomas deben estar presentes durante la primera infancia, aunque es posible que se presenten cuando la demanda social supere la capacidad social del individuo. Además, puede existir la capacidad de enmascarar o *masking*, una estrategia aprendida durante el crecimiento. Para que se diagnostique el trastorno, la sintomatología debe afectar la vida cotidiana del sujeto al punto de provocar un deterioro clínicamente significativo en las áreas sociales, laborales, entre otras (APA, 2014).

El tratamiento del TEA combina una serie de enfoques: los tratamientos conductuales son la principal manera de abordar los síntomas primordiales (Stojanovska et al., 2024), mientras que el enfoque médico se encarga de la administración de fármacos para tratar las comorbilidades (Persico et al., 2021).

El diagnóstico de autismo se basa en la manifestación conductual de los síntomas clínicos. La mejor manera de recabar estos datos es mediante las herramientas estandarizadas y referenciadas sobre normas del funcionamiento cognitivo, del desarrollo y del lenguaje, con el fin de que el TEA se diferencie de los demás trastornos del neurodesarrollo. Los instrumentos más utilizados para ello son el *Autism Diagnostic Observation*

*Schedule* (ADOS-2), el *Autism Diagnostic Interview-Revised* (ADI-R) y el *Social Communication Questionnaire* (SCQ). Este último corresponde a una evaluación adicional que se realiza junto al ADOS-2, puesto que ambos miden la presencia y gravedad de los síntomas (Frampton et al., 2023).

Sin embargo, estas y otras herramientas disponibles no bastan por sí solas para confirmar el diagnóstico. El evaluador tiene la tarea de interpretar los resultados para saber si el autismo está o no presente y también, de hacer ciertas recomendaciones basándose en las fortalezas y debilidades del niño (Frampton et al. 2023). Esta libre interpretación podría conllevar que se presenten sesgos con base en los síntomas.

Desde la psicología y la sociología y tomando lo anterior, surge la pregunta **¿cómo se presenta el autismo en las mujeres?** El objetivo es describir el autismo femenino a partir del sesgo de género presente en su diagnóstico y comprensión. Para alcanzar el propósito, se revisaron 36 artículos sobre el tema encontrados en distintas bases de datos de publicaciones académicas. En los siguientes apartados, se realiza una revisión de los conceptos sesgo y género, para entender sus implicancias conjuntas en las investigaciones y salud, y desde un enfoque que busca evidenciar la postura androcéntrica de estas. Esto permitirá avistar la disparidad de diagnóstico en relación a las mujeres y develar el papel que juegan las interpretaciones de los profesionales que tienen ideas estereotipadas sobre cómo se presenta el autismo. En segundo lugar, se hace una comparativa entre las conductas femeninas y masculinas, para entender las dimensiones en las que se puede presentar el trastorno y vislumbrar la aplicación concreta del sesgo profesional. Por último, se exponen las consecuencias psicosociales del sesgo, sus implicancias y la importancia de diagnosticar a tiempo.

## ¿Mujeres autistas?

La Real Academia Española (RAE) define la palabra sesgo como un error que puede presentarse al momento de llevar a cabo muestreos o ensayos, donde se seleccionan o favorecen unas respuestas frente a otras (s.f., definición 7). El sesgo se compone de tres elementos psicológicos: cognitivo, que incluye los estereotipos; afectivo, apuntado hacia los prejuicios; y conductual, que se relaciona a la discriminación. El sesgo implícito es un concepto acuñado en 1995 por los psicólogos Greenwald y Banaji y engloba tanto las actitudes prejuiciosas como las creencias basadas en estereotipos. La activación espontánea de estas actitudes podría conducir a conductas discriminatorias (Lee y Hastie, 2024). Es posible encontrar sesgos cuando los criterios diagnósticos, las pruebas, entrevistas, reglas de predicción estadística o juicios clínicos son más válidos para un grupo que para el otro (Garb, 2021). Por ejemplo, puede suceder que la validez aplique solo a la población masculina, dejando fuera a la no masculina.

En cuanto al género, Kirkwood (2017) cita a Ann Oakley, quien entiende el concepto como un término psicológico y cultural, es decir, que está fundamentado en valores y creencias, tanto sociales como propias. Por lo tanto, es posible entender el género como la identificación psicológica, emocional y sociocultural de los individuos (Tealdi, 2008).

A raíz de las definiciones expuestas, se puede entender el sesgo de género como un planteamiento errado de igualdad (o diferencias) entre la población masculina y no masculina, ya sean comportamientos y/o razonamientos, lo que genera un conocimiento erróneo (Ruiz y Verdú, 2004). Complementariamente, Kim et al. (2022), lo entiende como cualquier diferencia sistemática en las prácticas o creencias que favorece a un género por sobre otro.



Ortiz (2002) expone que la ciencia médica se ha encargado de incorporar valores sociales en el proceso de elaboración del conocimiento, lo que ha como resultado que la experiencia biográfica de quien investiga juegue un papel importantísimo al momento de elegir los temas de cualquier investigación. En la actualidad, los resultados de la investigación clínica y de ciencias básicas se basan en la población masculina, lo que muestra un sesgo de género de manera muy clara. Cuando estos se utilizan en la práctica clínica para tratar a las mujeres, pueden dar lugar a diagnósticos erróneos, interpretaciones equivocadas de los síntomas y tratamientos inadecuados (Figueroa y Hiemstra, 2024). Por lo tanto, no es sorprendente que durante la consulta médica existan sesgos significativos y se diagnostique más a un grupo que a otro.

La presunción errónea de igualdad entre hombres y mujeres dio el punto de partida a esta tendencia histórica de realizar los ensayos de las investigaciones con muestras que incluían más a hombres (o solo a ellos) como sujetos de estudio. A partir de ellas, los resultados se extrapolaban automáticamente hacia la población no masculina (Ruiz y Verdú, 2004). En este sentido, la ausencia de mujeres como objetos de estudio estriba en el androcentrismo que subsiste durante la investigación, puesto que estudiando a los hombres se asume una respuesta general sobre las causas del comportamiento, la aplicación de tratamientos médicos o la validez de ensayos clínicos. De esta manera, la escasez de datos sobre la realidad de las mujeres en

relación con sus experiencias, problemas, necesidades y expectativas provoca un desconocimiento en estas áreas (Vázquez, 2014). Es así como el sesgo de género favorece a la población masculina, al punto en que son situados en posiciones de superioridad profesional, académica y en la atención sanitaria que reciben (Kim et al., 2022).

La evidencia señala que el sesgo de género se presenta también en el uso de medidas preventivas, en la prescripción de fármacos, en los reembolsos de seguros sanitarios y en la remisión o aceptación de determinadas terapias quirúrgicas, como la implantación de marcapasos o trasplantes de corazón. Algunas enfermedades en las que se observan diferencias de tratamiento son de tipo cardiovascular, pulmonar, autoinmune, gastroenterológico, hepatológico, nefrológico, endocrinológico y hematológico (Regitz, 2012).

Antes de revisar cómo se manifiesta el sesgo en el autismo, es necesario explicar que no es el único trastorno en el que se han observado diferencias en el diagnóstico. En el estudio realizado por Bacigalupe y Martín (2020, citado en Caponi et al., 2023), se muestra que las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de ser diagnosticadas con depresión o ansiedad, dando a entender que existen desigualdades de género en el diagnóstico y la prescripción de psicofármacos entre ambos grupos. La brecha diagnóstica alcanza también a los trastornos de pánico y a los relacionados con la alimentación. Hay que resaltar que no hay explicación biológica para justificar la desigualdad de género en salud mental, puesto que la brecha no depende de factores hormonales o conexiones cerebrales específicas de las mujeres, sino que va más allá y se centra en las desigualdades sociales, sobre todo las que sitúan a la mujer en un lugar subordinado (Caponi et al., 2023).

En los primeros estudios sobre el TEA, la mayoría de los pacientes eran hombres, lo que influyó en el desarrollo de las herramientas y criterios diagnósticos que se usan hoy. El resultado fue una sobrerrepresentación de hombres en el espectro que ha reforzado un sesgo masculino en la percepción del trastorno, tanto entre profesionales como en la sociedad en general (Hervás, 2022; Ochoa et al., 2023; Yáñez, 2021). En consecuencia, las mujeres con TEA, en particular las que no presentan trastornos del lenguaje o intelectuales, probablemente recibirían otro tipo de diagnósticos, con el consiguiente impacto negativo en el curso de la enfermedad y en los resultados del tratamiento (Dell'Oso y Carpita, 2023).

Para entender el fenómeno en cifras, Yáñez et al (2021) expuso que la prevalencia del TEA es de 1 en 51 niños, la que posee una distribución por sexo de 4 niños por 1 niña. Esta disparidad en el número de niñas diagnosticadas respecto a los niños también se evidencia en Hervás (2022), quien reporta que en estudios poblacionales el ratio del autismo es de 3 niños por cada niña. Del mismo modo, en estudios clínicos el autismo se identifica en mayor proporción en los varones.

La preocupación latente del infra-diagnóstico en mujeres es real. Una de las razones por las que esto puede estar sucediendo es porque las mujeres dentro del espectro son más propensas a padecer trastornos comórbidos como discapacidad intelectual, problemas sensoriales, convulsiones, trastornos del sueño, ansiedad y depresión. Por lo tanto, tener un diagnóstico previo puede llevar a ocultar la raíz del asunto. Otra razón por la que se podría explicar el infra-diagnóstico es por las diferencias en la sintomatología entre la población masculina y no masculina (Garb, 2021).

Cedano et al. (2020) explican que la manifestación de la sintomatología femenina difiere considerablemente respecto a los síntomas de la población masculina, debido a que los comportamientos mencionados se presentan más en hombres, mientras que en las mujeres y niñas tienden a pasar más desapercibidas. Además, agrega que las destrezas socioemocionales se encuentran más desarrolladas en ellas, por lo que las interacciones sociales no supondrían un problema mayor en la edad temprana. Esta infra-detección podría llevar a diagnósticos erróneos, ser confundidos con otros trastornos o derivar en un diagnóstico tardío del autismo.

Montagut et al. (2018) destacan que existe una expectativa profesional hacia la forma de relacionarse de las niñas, ya que se manejan en un modo de juego más tranquilo y tienden a ser más tímidas. De este modo, las niñas con rasgos autísticos y potencialmente diagnosticables, tienen una tendencia a ser inadvertidas para los profesionales porque cumplen la expectativa social.

Es probable que las diferencias en la expresión de los síntomas se deban a la capacidad de las mujeres de “enmascarar” o “camuflar” (*masking*, en inglés) el comportamiento. Así, se vuelven casi imperceptibles para los profesionales y la sociedad en general, ya que los rasgos no son evidentes. En términos simples, el *masking* corresponde al uso de estrategias conscientes o inconscientes, que pueden ser explícitamente aprendidas o implícitamente desarrolladas, con el fin de minimizar la aparición de características autistas durante un entorno social (Hull et al., 2020).

Sin embargo, el *masking* tiene repercusiones negativas en el bienestar psicológico del individuo, obstaculiza el acceso al apoyo y conduce a diagnósticos erróneos (Tierney et al, 2016; Cedano et al. 2020). Hervás (2022) apunta a que la duración de la aplicación de tests como el ADOS-2 es muy breve, por lo que algunos síntomas pueden ser menos visibles. Por otro lado, la herramienta ADI-R evalúa la sintomatología mediante la historia de vida del paciente a través de los padres o cuidadores, pasando por alto que, durante la infancia, las niñas presentan con menor frecuencia signos de conductas repetitivas y pocos síntomas asociados a la esfera comunicativa, que es lo que examina este instrumento.

## Disparidad sintomática

Basándose en los criterios diagnósticos existentes, se han observado mayores diferencias en la expresión de los síntomas en tres áreas:

### Uso del habla y lenguaje

Un estudio realizado por Sturrock et al. (2020) concluyó que las mujeres autistas de alto funcionamiento poseen mejores habilidades para manejar el uso del lenguaje pragmático, semántico y lenguaje de la emoción, lo que puede significar que las dificultades sutiles, como las relacionadas con el lenguaje estructurado de alto nivel, son insuficientes para cumplir los criterios utilizando las herramientas diagnósticas actuales. Green et al. (2019) resaltan que el habla que utilizan las mujeres dentro del espectro contiene más vocabulario relacionado con las emociones, lo que también se contraponen al criterio diagnóstico tradicional visto en la población masculina. Frente a esto, Cedano et al. (2020) sugieren que las destrezas observadas en el lenguaje permiten una iniciativa activa en las interacciones sociales, aunque podrían verse dificultades al responder en contextos puntuales que requieran usar palabras específicas, pausas, metáforas, articulaciones, modismos, pertinencia, cantidad, veracidad, además de las intencionalidades de los mensajes y lenguaje no verbal.

### Interacción social

Se ha observado que las mujeres con TEA tienden a participar en juegos imaginativos y de simulación desde edad temprana y que tienen un mayor deseo de socialización e interacción, de forma que muestran un comportamiento expresivo más complejo, como conversaciones recíprocas, participan en más grupos y son conscientes de la exclusión. Este último es uno de los puntos más importantes, puesto que da lugar a la estrategia del *masking* o camuflaje. La forma en la que se lleva a cabo es mediante la imitación de expresiones faciales (no necesariamente de forma consciente), forzar el contacto visual o dejar de hablar de sus propios intereses o hiper fijaciones. Además, se ha observado que las mujeres autistas tienen más amigos y desarrollan uno o dos amigos íntimos en comparación del grupo masculino. A pesar de tener más amistades, las mujeres con TEA poseen un deterioro más leve en la reciprocidad socioemocional y estarían más orientadas a interactuar con los demás mediante el *masking* (Hull et al., 2020; Green et al., 2019; Ochoa et al., 2023; Dell'Oso y Carpita, 2023).

Existe un esfuerzo enorme por evitar la exclusión social. No obstante, las mujeres dentro del espectro han mostrado dificultades sociales únicas en comparación con los hombres. Por ejemplo, si bien son más hábiles en iniciar relaciones, tienen dificultades para mantenerlas o son más propensas a experimentar un rechazo sutil por parte de sus pares. Dada la conciencia respecto a sus dificultades sociales y de la necesidad de integración es que utilizan el *masking* para encajar. Sin embargo, su constante uso tiene como resultado que los niveles de ansiedad social, angustia y depresión se disparen, lo que deja en evidencia que la persona vive cada situación relacional como una actuación (Hull et al., 2020; Green et al., 2019; Ochoa et al., 2023; Dell'Oso y Carpita, 2023).

### Intereses restringidos y patrones repetitivos

Knutsen et al. (2018) realizaron una investigación con una muestra de 1024 personas, compuesta por 512 niñas y 512 niños. En el área de intereses y comportamientos repetitivos y restringidos, se observaron diferencias en dos grupos. El primero correspondía a niñas más jóvenes con mayor nivel de funcionamiento, quienes presentaban menos intereses y comportamientos repetitivos en comparación con los niños. El mismo patrón se observó en un segundo grupo, conformado por niñas mayores de alto funcionamiento.

La evidencia expone que los intereses masculinos se centran más en el área mecánica (como los vehículos), computacional o relacionada con la física. Las mujeres tienden a inclinarse más por intereses con fines relacionales, como personas (famosos), animales (mascotas), personajes de ficción o psicología. Por lo tanto, las mujeres en el espectro que sí presentan intereses o hiperfijaciones, no suelen coincidir con lo descrito tradicionalmente, ya que sus intereses no apuntan a objetos inanimados descritos en el criterio diagnóstico (Green et al., 2019; Hull et al., 2020).

Si bien en ambos grupos la hiperfijación es atípica, las áreas más abarcadas por las mujeres suelen subestimarse o pasarse por alto, debido a que existe una concordancia entre los intereses y la edad, lo que provoca que profesionales y padres no lo reporten como inusual. Los intereses y comportamientos restrictivos observados no llaman la atención, puesto que se han normalizado y aceptado según los roles de género. Sin embargo, debido a que se subestiman los intereses, se reduce la probabilidad de un diagnóstico clínico para las mujeres autistas (Hull et al., 2020; Cedano et al.).

## Consecuencias psicosociales del sesgo

Luego de haber especificado los criterios diagnósticos en los que difieren estos dos grupos, es necesario enfatizar la expectativa existente respecto al comportamiento y su relación con los estereotipos. Tal como se ha evidenciado, los profesionales que se dedican a realizar el diagnóstico tienden a tener ciertas expectativas de comportamiento que se basan en estereotipos, principalmente de género, lo que corresponde a la otra cara del sesgo diagnóstico presente en el autismo. Montagut et al. (2018) explican que existen ciertas expectativas sociales sobre las niñas, quienes se supone que son más competentes socialmente en comparación con los niños, lo que provoca que cualquier dificultad o desviación de esa expectativa resulte en un caso más grave del trastorno.

Siguiendo la misma línea, Hervás (2022) agrega que los adultos perciben a las niñas autistas como tímidas, en vez de considerar que presentan déficits en sus habilidades sociales y comunicativas, los que se hacen más evidentes a medida que van creciendo. Estas interpretaciones indican que las diferencias de género en el diagnóstico del TEA podrían ser por el modo de detección más que por la existencia de diferencias sintomáticas (Montagut et al., 2018).

Debido a la presencia del sesgo de género tanto en la descripción de síntomas como en los criterios de los profesionales a cargo de diagnosticarlas mujeres tienen mayores dificultades para acceder al diagnóstico. Esto culmina en el diagnóstico tardío en la etapa adulta, el cual puede estar acompañado por diagnósticos erróneos, debido a las comorbilidades del trastorno. Además, la ansiedad y depresión se ven potenciadas con el *masking*, debido al agotamiento que este produce (Leiva, 2022). Así, las personas diagnosticadas tarde tienden a sufrir problemas psiquiátricos comórbidos, posiblemente relacionados con el estrés de sobrellevar una vida marcada por la necesidad de adaptarse a su entorno (Green et al., 2019).

Con respecto al *masking* y sus consecuencias, más allá del agotamiento psicológico que conlleva, produce una confusión con la identidad propia, puesto que la persona ha estado toda su vida tratando de encajar, dejando de lado sus propias necesidades y deseos (Bargiela et al., 2016).

Es posible entender que sin un diagnóstico previo pueden existir repercusiones importantes en la vida de una persona autista, por lo que el sesgo de género es un componente que es necesario erradicar para asegurar el bienestar mental de quienes buscan un diagnóstico certero.



## Discusión

Para responder la pregunta de investigación, el recorrido consistió en explicar la discusión en la etiología del autismo latente, entendiendo que sus causas son de tipo multifactorial (Harris y Coyle 2023) y que su tratamiento se enfoca más en las comorbilidades (Persico et al, 2021). Sin una causa clara es difícil manejar un tratamiento adecuado para sobrellevar de mejor manera el trastorno. A esto, se suma que las herramientas diagnósticas y de la mano con las comorbilidades, podrían funcionar como distractores al momento de diagnosticar el TEA en mujeres. Esto se debería a que la sutileza de los síntomas en este grupo específico tienden a confundirse con los de otros trastornos, por lo que se enfatiza que, al momento de realizar las evaluaciones, se elijan a profesionales actualizados que carezcan de sesgos (Montagut, 2018).

El sesgo de género es un fenómeno presente desde hace décadas en la investigación científica, tal como evidencian diversos estudios publicados desde 2002 hasta la actualidad. Asimismo, no se trata de un problema exclusivo del autismo, sino de un fenómeno transversal en el que las mujeres han sido invisibilizadas o tomadas como equivalentes al modelo masculino (Ruiz y Verdú, 2004; Vázquez, 2014), ignorando las diferencias relevantes entre ambos sexos.

A raíz de esta supuesta igualdad, se evidencia la baja tasa de diagnóstico de autismo en mujeres, puesto que los criterios diagnósticos relacionados con la interacción social, los intereses y comportamientos restringidos y repetitivos, y el uso del habla y el lenguaje se basaron principalmente en conductas masculinas (Ochoa et al., 2023). Esto ha llevado a muchas mujeres autistas a recurrir a estrategias como el *masking* para desenvolverse socialmente de manera más adaptativa, pese a las consecuencias psicológicas que esta práctica puede conllevar (Leiva, 2022; Green et al., 2019).

Otra manera en la que se podrían abordar las consecuencias del sesgo es poniendo atención en la pérdida de identidad que podrían sufrir las personas autistas a causa del *masking*, que fue lo que motivó esta investigación. Camuflarse para complacer a los demás provoca que se olviden los propios deseos, pasiones o necesidades por querer encajar en el entorno social (Bargiela et al., 2016). Una vez recibido el diagnóstico tardío, muchas mujeres experimentan un cuestionamiento de la identidad que habían construido durante años, reinterpretando retrospectivamente sus experiencias y reconociendo el *masking* que habían sostenido por largo tiempo.

En el proceso de investigación se encontró, además, que existen investigaciones que utilizan un concepto parcial de las problemáticas de género, que las igualan a la dicotomía hombre-mujer, cuando, en realidad, el género es un concepto mucho más amplio. Se rescata la relevancia que se le da a la mujer, en virtud de que históricamente ha sido un grupo vulnerado, olvidado y subordinado a manos del hombre tradicional. No obstante, se identificó una escasa inclusión de las disidencias sexuales en las investigaciones revisadas, lo que evidencia la necesidad de ampliar su representación en futuros estudios, al igual que la de las mujeres.

Una de las formas en las que se podría evitar este sesgo es mediante la actualización de las herramientas ADOS-2 y ADI-R, que son las más utilizadas, ya que carecen de sensibilidad hacia las mujeres de edad temprana (Hervás, 2022), fueron diseñados sobre todo para la población masculina. Otro punto importante para evitar el sesgo es que los profesionales encargados del diagnóstico y de la aplicación de las evaluaciones estén actualizados respecto al tema, puesto que es su interpretación la que pone en juego el tratamiento de una persona, pudiendo cambiar su vida de forma radical si no

se detecta a tiempo. Es importante tener una visión holística del asunto, ya que si el autismo fue catalogado como un espectro, se espera que dichos criterios también evolucionen y se ajusten a esa diversidad.

Una de las limitantes más significativas de esta investigación fue la escasa información disponible en español, lo que provocó que gran parte de las investigaciones correspondiera a contextos ajenos a la realidad latinoamericana. En Chile se encontraron pocos estudios que no fueran revisiones bibliográficas sobre el tema, por lo que sigue siendo una deuda pendiente con la comunidad científica chilena y latinoamericana en general. Es necesario visibilizar y desarrollar estudios basados en nuestro contexto, y no solo desde perspectivas estadounidenses, canadienses o europeas.

Entre otras proyecciones, es necesario capacitar a los futuros profesionales de la salud y de las áreas psicológicas sobre los trastornos del neurodesarrollo, y sobre el autismo. Asimismo, es fundamental implementar asignaturas específicas que abarquen sus distintas dimensiones, para avanzar hacia el ideal de un profesional actualizado e informado, capaz de diagnosticar de manera oportuna.



## Bibliografía

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana. <http://bibliografias.uchile.cl/3587>
- Bargiela, S., Steward, R. y Mandy, W. (2016). The Experiences of Late-diagnosed Women with Autism Spectrum Conditions: An Investigation of the Female Autism Phenotype. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46, 3281 - 3294. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2872-8>
- Betancur, C. (2011). Etiological heterogeneity in autism spectrum disorders: More than 100 genetic and genomic disorders and still counting. *Brain Research*, 1380, 42 - 77. <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2010.11.078>
- Botelho, R., Silva, A. y Borbely, A. (2024). The Autism Spectrum Disorder and Its Possible Origins in Pregnancy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(3), 1-22. <https://doi.org/10.3390/ijerph21030244>
- Caponi, S., Martínez Sevilla, J. y Hummel do Amaral, L. (2023). El sesgo de género en el discurso y en las intervenciones psiquiátricas. *Revista Estudos Feministas*, 31(1), 1-15. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2023v31n193055>
- Cedano, Y. M., Rivera-Caquías, N. N., Alvarez-Alvarez, M. y Vega Carrero, M. (2020). Trastorno del Espectro Autista en Fémias. *Revista Caribeña de Psicología*, 4(3), 281-294. <https://doi.org/10.37226/rcp.v4i3.4851>
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2023, 23 de marzo). *Prevalencia del autismo más alta, según los datos de 11 comunidades de la Red de ADDM*. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. [https://www.cdc.gov/spanish/mediosdecomunicacion/comunicados/p\\_autismo\\_032323.html](https://www.cdc.gov/spanish/mediosdecomunicacion/comunicados/p_autismo_032323.html)
- Dell'Osso, L., y Carpita, B. (2023). What misdiagnoses do women with autism spectrum disorder receive in the DSM-5?. *CNS Spectrums*, 28(3), 269-270. <https://doi.org/10.1017/S1092852922000037>
- Figuroa, M. L. y Hiemstra, L. A. (2024). How do we treat our male and female patients? – A primer on gender-based health care inequities. *Journal of ISAKOS*, 9(4), 774-780. <https://doi.org/10.1016/j.jisako.2024.04.006>
- Frampton, S. E., Connolly, S. C., Landa, R. K. y Shillingsburg, M. A. (2023). Autism spectrum disorder en H. S. Friedman y C. H. Markey (Ed), *Encyclopedia of Mental Health* (3ª ed., Vol. 1, pp. 164-174). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-91497-0.00101-6>
- Garb, H. N. (2021). Race bias and gender bias in the diagnosis of psychological disorders. *Clinical Psychology Review*, 90, 102087. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102087>
- Green, R. M., Travers, A. M., Howe, Y. y McDougle C. J. (2019). Women and Autism Spectrum Disorder: Diagnosis and Implications for Treatment of Adolescents and Adults. *Current Psychiatry Reports*, 21(22), 1-8. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1006-3>
- Harris, J. C. y Coyle, J. T. (2023). Chapter 5 - Autism spectrum disorder. En Zigmund, M. J., Wiley, C. A. y Chesselet, M. F. *Neurobiology of Brain Disorders* (2da ed, 69-88). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-823039-8.00005-0>
- Hervás, A. (2022). Género femenino y autismo: infra detección y mis diagnósticos. *Medicina (Buenos Aires)*, 82(Supl.1), 37-42.
- Hull, L., Petrides, K. V., y Mandy, W. (2020). The Female Autism Phenotype and Camouflaging: a Narrative Review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 7, 306 - 317. <https://doi.org/10.1007/s40489-020-00197-9>
- Kim, I., Field, T. S., Wan, D., Humphries, K. y Sedlak, T. (2022). Sex and Gender Bias as a Mechanistic Determinant of Cardiovascular Disease Outcomes. *Canadian Journal of Cardiology*, 38(12), 1865 - 1880. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2022.09.009>
- Kirkwood, J. (2017). *Feminarios*. CLACSO. <https://libreria.clacso.org/publicacion.php?p=1308>
- Knutsen, J., Crossman, M., Perrin, J., Shui, A. y Kuhlthau, K. (2018). Sex differences in restricted repetitive behaviors and interests in children with autism spectrum disorder: An Autism Treatment Network study. *Autism*, 23(4), 858 - 868. <https://doi.org/10.1177/1362361318786490>

Lee, A. y Hastie, M. (2024). Recognising and managing bias and prejudice in healthcare. *British Journal of Anaesthesia*, 24(7), 245-253. <https://doi.org/10.1016/j.bjbae.2024.03.006>

Leiva, M. (2022). Mujeres autistas chilenas diagnosticadas en edad adulta: Consecuencias y dificultades durante el proceso. *Psiquiatría y Salud Mental*, (3/4), 96-101.

Montagut Asunción, M., Más Romero, R. M., Fernández Andrés, M. I. y Pastor Cerezuela, G. (2018). Influencia del sesgo de género en el diagnóstico de trastorno de espectro autista: una revisión. *Escritos de Psicología*, 11(1), 42-54. <https://doi.org/10.5231/psy.writ.2018.0104>

Ochoa-Lubinoff, C., Makol, B. A. y Dillon, E. F. (2023). Autism in Women. *Neurologic Clinics*, 41(2), 381-397. <https://doi.org/10.1016/j.ncl.2022.10.006>

Organización Mundial de la Salud. (2025, 17 de septiembre). *Autismo*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>

Ortiz Gómez, T. (2002). El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer. En E. Ramos García (Coord.), *La salud de las mujeres hacia la igualdad de género en salud*. I Congreso Nacional (pp. 29-42). Ayuntamiento de Murcia.

Persico, A. M., Ricciardello, A., Lamberti, M., Turriziani, L., Cucinotta, F., Brogna, C., Vitiello, B. y Arango, C. (2021). The pediatric psychopharmacology of autism spectrum disorder: A systematic review - Part I: The past and the present. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 110, 1-27. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2021.110326>

Real Academia Española. (s.f.). Sesgo. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado en 28 de junio de 2024, de <https://dle.rae.es/sesgo>

Regitz-Zagrosek, V. (2012). Sex and gender differences in health: Science & Society Series on Sex and Science. *EMBO reports*, 13(7), 596-603. <https://doi.org/10.1038/embo.2012.87>

Ruiz-Cantero, M. T. y Verdú-Delgado, M. (2004). Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gaceta Sanitaria*, 18(4), 118-125.

Rutten, M. R., Zhong, J., Rolison, M. J. y Sukhodolsky, D. G. (2024). Autism Spectrum Disorder (ASD). *Neuroscience and Biobehavioral Psychology*. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-95702-1.00076-2>

Sealey, L. A., Hughes, B.W., Sriskanda, A. N., Guest, J. R., Gibson, A. D., Johnson-Williams, L., Pace, D. G. y Bagasra, O. (2016). Environmental factors in the development of autism spectrum disorders. *Environment International*, 88, 288-298. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2015.12.021>

Stojanovska, I., Chatterjee, A., Ahmed Syed, Y., y Trajkovski, V. (2024). The utilization of psychopharmacological treatments for individuals with autism spectrum disorder (ASD) in a middle-income European country. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 111, 102329. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2024.102329>

Sturrock, A., Yau, N., Freed, J. y Adams, C. (2020). Speaking the Same Language? A Preliminary Investigation, Comparing the Language and Communication Skills of Females and Males with High-Functioning Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50, 1639-1656. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-03920-6>

Tealdi, J. C. (2008) Género y sexualidad en Tealdi, J. C. (Ed), *Diccionario latinoamericano de bioética*. Universidad Nacional de Colombia; UNESCO.

Tierney, S., Burns, J. y Kilbey, E. (2016). Looking behind the mask: Social coping strategies of girls on the autistic spectrum. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 23, 73-83. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2015.11.013>

Vázquez Recio, R. (2014). Research, Gender, and Ethics: A Necessary Triad for Change. *Forum Qualitative Sozialforschung Forum: Qualitative Social Research*, 15(2). <https://doi.org/10.17169/fqs-15.2.2150>

Yáñez, C., Maira, P., Elgueta, C., Brito, M., Crockett, M., Troncoso, L., López, C. y Troncoso, M. (2021). Estimación de la prevalencia de trastorno del Espectro Autista en población urbana chilena. *Andes pediátrica*, 92(4), 519-525. <http://dx.doi.org/10.32641/andespediatr.v92i4.2503>