

Universidad de Iberoamérica

Facultad de Psicología

Influencia del género en la identificación del autismo: Implicaciones del diagnóstico tardío en mujeres

Trabajo Final de Graduación bajo la modalidad de Tesis para optar por el grado de
Licenciatura en Psicología

Manuela Novoa Rengifo 20210393

San José, Costa Rica

Abril, 2025

Influencia del género en la identificación del autismo: Implicaciones del diagnóstico tardío
en mujeres

Trabajo Final de Graduación bajo la modalidad de Tesis para optar por el grado de
Licenciatura en Psicología

Presentado por:

Manuela Novoa Rengifo

Aprobado por los siguientes miembros del Tribunal Examinador:

MSc. David Torres Fernández

Director del proyecto

Dra. Erika Coto Jiménez

Decana Facultad de Psicología

Lic. Rafael Román Quirós

Profesor (a) Invitado (a)

Resumen ejecutivo:

El presente estudio aborda el sesgo de género en el diagnóstico del autismo en mujeres adultas diagnosticadas en la adultez, con el objetivo de explorar cómo las percepciones y enfoques de los profesionales de la salud mental y los neuropsicólogos influyen en el proceso diagnóstico. Se entrevistaron a 11 mujeres adultas con diagnóstico formal de Trastorno del Espectro Autista (TEA) recibido en la adultez, así como a un grupo de profesionales de la salud mental (psicólogos, psiquiatras y neuropsicólogos) que trabajan en la evaluación y diagnóstico del autismo.

Los resultados indican que el sesgo de género es un factor presente en el diagnóstico del TEA, ya que las mujeres suelen presentar síntomas más sutiles o enmascarados que los hombres, lo cual contribuye a diagnósticos tardíos o erróneos. Un hallazgo relevante es que la mayoría de los profesionales encuestados (100%) reconoce que el sesgo de género influye en el diagnóstico, destacando que los instrumentos diagnósticos tradicionales no están diseñados específicamente para las mujeres, lo que genera dificultades para identificar el autismo en ellas.

Además, se observó que las mujeres diagnosticadas en la adultez a menudo enfrentan desafíos adicionales, como la sobrecarga emocional, el perfeccionismo y la ansiedad, aspectos que no siempre son reconocidos como parte del espectro autista.

El estudio también revela que la falta de formación específica en autismo con enfoque de género es una barrera significativa en la evaluación y diagnóstico. Los profesionales señalaron que la incorporación de herramientas sensibles al género y a las manifestaciones particulares del autismo en mujeres sería fundamental para mejorar la precisión diagnóstica.

Este estudio subraya la necesidad urgente de revisar y adaptar los criterios diagnósticos del autismo para ser más inclusivos y sensibles al género, así como la importancia de continuar con la capacitación de los profesionales de la salud en estas áreas para evitar diagnósticos erróneos y contribuir a un mejor bienestar para las mujeres autistas adultas.

Palabras clave: autismo, mujeres, género, diagnóstico tardío, adultez, camuflaje

Índice

Capítulo I: Introducción.....	9
Introducción.....	9
Justificación.....	10
Capítulo II: Marco Referencial.....	12
Antecedentes internacionales.....	12
Marco Teórico.....	19
Autismo.....	19
Neurodiversidad.....	20
Estereotipia o stimming en el autismo.....	20
Hiperfoco e intereses especiales.....	21
Colapso en personas con autismo.....	22
Bloqueo en personas con autismo.....	23
Concepto de género y su influencia en la percepción del autismo.....	24
Sesgo de género en el diagnóstico del autismo.....	25
Diferencias en la manifestación del autismo en hombres y mujeres.....	26
Camuflaje y estrategias de adaptación en mujeres con autismo.....	27
Diagnósticos erróneos en mujeres con autismo.....	30

Limitaciones de los instrumentos diagnósticos en la evaluación del autismo en mujeres..	32
<i>ADOS-2 (Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo - 2)</i>	33
<i>Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R)</i>	34
<i>Cuestionario de Camuflaje de Rasgos Autistas (CAT-Q)</i>	35
Consecuencias del diagnóstico tardío del autismo en mujeres.....	36
Capítulo III: Problema.....	38
Problema.....	38
Objetivos.....	39
General:	39
Específicos:	39
Preguntas de investigación.....	39
Capítulo IV: Metodología.....	41
Diseño metodológico:	41
Alcances.....	41
Diseño.....	42
Participantes.....	42
Muestra.....	43
Criterios de inclusión y exclusión:	44

Instrumentos.....	45
Procedimiento.....	45
Técnicas de análisis	46
Técnicas de análisis de los datos o procedimientos para garantizar la validez y/o calidad de la información.....	47
Procedimientos para mantener la confidencialidad y protección de los sujetos.....	48
Capítulo V: Resultados.....	49
Análisis de resultados.....	49
Mujeres con diagnóstico tardío de autismo.....	49
Profesionales en el diagnóstico de autismo.....	69
Capítulo VI: Discusión.....	80
Discusión de resultados.....	80
<i>El diagnóstico en la adultez: validación y resignificación de la experiencia.....</i>	<i>80</i>
<i>Factores contextuales y sociales que retrasan el diagnóstico.....</i>	<i>80</i>
<i>El sesgo en los criterios diagnósticos y el debate sobre nuevos enfoques.....</i>	<i>81</i>
<i>El camuflaje: una estrategia de adaptación costosa.....</i>	<i>82</i>
<i>Reconstrucción de la identidad y autenticidad en las relaciones.....</i>	<i>82</i>
<i>Diagnósticos erróneos y patologización de la expresión femenina.....</i>	<i>83</i>

<i>Obstáculos estructurales: CCSS, errores diagnósticos y falta de formación profesional</i>	83
<i>Autoconocimiento, autocuidado y empoderamiento</i>	84
<i>El sentido de comunidad como factor protector</i>	84
Limitaciones.....	85
Conclusiones.....	85
Recomendaciones.....	86
Referencias.....	89
Anexos.....	99

Capítulo I: Introducción

Introducción

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) se calcula que a nivel mundial 1 de cada 100 niños presenta un trastorno del espectro autista (TEA) y, según los estudios epidemiológicos, la prevalencia mundial parece estar aumentando. De acuerdo con el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC, 2020) globalmente hay un ratio de tres niños diagnosticados con autismo por cada niña; no obstante, en los estudios clínicos, la identificación del autismo es más frecuente en los varones (Hervás, 2022).

Las descripciones tempranas más comúnmente citadas sobre el autismo en la década de 1940 (Asperger, 1944; Kanner, 1943) se basaron en estudios de ocho varones y tres mujeres, así como en otra serie de casos que incluía únicamente a cuatro varones. Esta sobrerrepresentación masculina en los estudios iniciales influyó en la construcción de un perfil clínico del autismo centrado en la presentación típica en varones, lo que contribuyó a una menor identificación de las manifestaciones en mujeres. Como resultado, el sesgo de género en el diagnóstico del autismo ha estado presente desde sus primeras conceptualizaciones, perpetuando una brecha en la detección y comprensión del trastorno en mujeres hasta la actualidad.

Se calcula que a nivel mundial el autismo se diagnostica en hombres cuatro veces más que en mujeres. Además, la Asociación Americana de Psicología (APA, 2014) señala en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) que, en mujeres que no presentan discapacidad intelectual, el autismo puede pasar desapercibido debido a que sus problemas en la comunicación y la interacción social son más sutiles (CDC, 2020).

Actualmente, hay evidencia clara de que el autismo se identifica y diagnostica de manera tardía en el género femenino. Muchas niñas o mujeres son diagnosticadas tarde, en una media de 1.8 años más tarde (Begger et al., 2013) e incluso algunas no reciben nunca un diagnóstico adecuado.

Debido a la brecha de género en las prácticas de referencia y diagnóstico, la falta de investigaciones que incluyan a mujeres con autismo ha sido identificada como una prioridad crítica entre los grupos clave en el ámbito del autismo (Pellicano et al., 2014).

Justificación

El autismo ha sido históricamente estudiado y diagnosticado con base en manifestaciones más comunes en varones, lo que ha generado un sesgo significativo en la identificación de este trastorno en mujeres. Se ha identificado que, debido a las expectativas de género establecidas en la sociedad, muchas mujeres con autismo reciben diagnósticos erróneos o son etiquetadas con trastornos adicionales, como depresión, ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, trastorno límite de la personalidad o trastorno obsesivo-compulsivo, sin que se reconozca el autismo como la causa subyacente de sus dificultades. Esta omisión no solo limita su acceso a un diagnóstico preciso, sino que también impacta negativamente en la implementación de intervenciones adecuadas que podrían mejorar su calidad de vida (Hervás, 2022).

Diversos estudios han señalado que las mujeres con autismo, especialmente aquellas con perfiles de alto funcionamiento, tienden a desarrollar estrategias de camuflaje para enmascarar sus características autistas, lo que contribuye aún más a la dificultad de ser identificadas dentro del espectro autista (Hull et al., 2017). En consecuencia, muchas mujeres reciben su diagnóstico en la adultez, tras años de malestar, incompreensión y dificultades en su entorno social, académico y laboral.

Este retraso diagnóstico tiene consecuencias significativas para la salud mental. Se ha encontrado que las mujeres autistas presentan un mayor riesgo de conductas suicidas y que una de cada cinco mujeres autistas con TDAH ha intentado suicidarse, en comparación con aproximadamente uno de cada once hombres con ambas condiciones. Estos datos reflejan la urgencia de mejorar los procesos diagnósticos y brindar apoyo adecuado a esta población.

Por ello, esta tesis busca examinar el sesgo de género en el diagnóstico del autismo en Costa Rica a través de entrevistas con mujeres diagnosticadas en la adultez. Al visibilizar sus historias y los desafíos que enfrentaron antes de obtener un diagnóstico preciso, se pretende contribuir a una mayor comprensión de su experiencia y a la reducción de barreras en el proceso diagnóstico. Además, se aplicará una encuesta a profesionales que diagnostican autismo con el fin de conocer su percepción sobre la influencia del sesgo de género en el diagnóstico. Se espera que los hallazgos de esta investigación fomenten una mayor sensibilización en la comunidad médica y psicológica sobre las manifestaciones del autismo en mujeres, promoviendo así prácticas diagnósticas más inclusivas y acertadas.

Capítulo II: Marco referencial

Antecedentes internacionales

Hervás (2022) analizó las diferencias en la manifestación del autismo en niñas y mujeres, así como los factores que contribuyen a su infra detección, a través de una revisión bibliográfica. Su estudio evidenció que, a nivel poblacional, la proporción de diagnósticos es de tres niños con autismo por cada niña; sin embargo, en estudios clínicos, la identificación del trastorno es significativamente más común en varones. Además, se encontró que, en más de la mitad de los casos, el autismo coexiste con otras condiciones del neurodesarrollo desde edades tempranas. En este sentido, entre el 30 % y el 40 % de los individuos con autismo presenta síntomas de hiperactividad, inatención e impulsividad; aproximadamente un tercio experimenta dificultades significativas en el desarrollo del lenguaje, y otro tercio presenta discapacidad intelectual.

Briebe-Castillo et al. (2024) realizaron una investigación cualitativa con el fin de conocer la experiencia de una mujer adulta que fue diagnosticada con autismo en la adultez. Se realizó una entrevista semi estructurada a una mujer chilena diagnosticada con autismo en la adultez, en donde se observó que la ausencia de un diagnóstico dificulta el desempeño social así como la identidad a lo largo de la vida. La mujer entrevistada expresa que previo a ser diagnosticada utilizaba un “personaje” para lograr relacionarse con otros y así modificar y adaptar sus actitudes para cumplir con los estándares sociales aceptados.

Este estudio tuvo como objetivo explorar el grado de enmascaramiento de los rasgos autistas en 37 mujeres diagnosticadas con autismo, así como la presencia de síntomas de depresión y ansiedad. Para ello, se emplearon entrevistas semiestructuradas, un cuestionario diseñado para evaluar el enmascaramiento autista y los Inventarios de Depresión de Beck (BDI-

2) y de Ansiedad de Beck (BAI). Los resultados indicaron que el 91.9 % de las participantes enmascara sus características autistas, mientras que el 2.7 % ha sido diagnosticado con depresión, el 8.1 % presenta síntomas de ansiedad y el 78.4 % reporta tanto síntomas depresivos como ansiosos. (Gutierrez y Carrillo, 2023).

El objetivo de este artículo era observar y analizar las diferencias en la presentación del autismo en niñas y mujeres mediante una revisión de artículos. Además, las niñas y mujeres con autismo tienen menos probabilidades de recibir un tratamiento temprano y, a menudo, reciben tratamientos inapropiados. Estos errores en el manejo del autismo en mujeres están directamente relacionados con un aumento en la incidencia de comorbilidades con trastornos psiquiátricos (Hervás, 2022).

Rynkiewicz et al. (2016) buscaba evaluar en un estudio la manera en la que el camuflaje afecta la infra detección del autismo. Para ello, se administraron el test ADOS-2 y el Demonstration Task, que evalúa la capacidad del participante para comunicarse a través de gestos. Los resultados demostraron que las mujeres con autismo tienden a presentar un mayor camuflaje en comparación con los hombres. Esta observación se basa en que, a pesar de tener niveles similares de síntomas autistas infantiles medidos por la Entrevista de Diagnóstico del Autismo-Revisado (ADI-R), las mujeres suelen mostrar características autistas menos evidentes en contextos sociales e interpersonales, según lo evaluado por el Programa de Observación de Diagnóstico del Autismo (ADOS). Además, en un análisis del comportamiento durante las actividades de demostración en el ADOS-2, Rynkiewicz y sus colegas observaron que las niñas con autismo empleaban gestos de manera más expresiva que los niños con autismo. Esto llevó a la conclusión de que esta habilidad podría ser un factor que contribuye a su mayor camuflaje, lo que podría resultar en un riesgo de subdiagnóstico o en no recibir el diagnóstico adecuado para este grupo.

La investigación de Mesones (2022) tuvo como objetivo explorar y describir la experiencia de la ansiedad en mujeres con autismo en su vida cotidiana. Para ello, se analizaron los desencadenantes, la forma en que experimentan la ansiedad y las estrategias de afrontamiento que emplean. El estudio se llevó a cabo mediante entrevistas semiestructuradas a 10 mujeres con TEA, de entre 14 y 21 años.

Los resultados indicaron que factores como los cambios inesperados, la sobrecarga de demandas y el uso de redes sociales, entre otros, son fuentes significativas de ansiedad. Además, se identificó que la experiencia de la ansiedad en mujeres dentro del espectro autista, puede manifestarse tanto de manera típica como atípica. En este último caso, fueron comunes estrategias como el camuflaje, la autoexigencia y la presencia de estereotipias.

En el artículo de Moseley et al. (2018), se buscaba analizar las diferencias en la sintomatología del autismo entre sexos, ya que se creía que esto contribuía a que muchas niñas no fueran diagnosticadas o fueran diagnosticadas con un trastorno equivocado. Para ello, se utilizó la Escala Diagnóstica Ritvo de Autismo y Asperger Revisada (RAADS-R), en la que realizaron un meta-análisis que reunió y analizó los datos de la RAADS-R de diferentes grupos experimentales. A través de un análisis de varianza (ANOVA), examinaron los efectos principales del sexo y el diagnóstico, así como las posibles interacciones entre estos factores, en una muestra de adultos autistas y no autistas. Como parte de los resultados, argumentan que la forma actual de entender el autismo, así como las herramientas diagnósticas y de evaluación utilizadas para identificarlo, están profundamente influenciadas por una perspectiva androcéntrica, pues han sido creadas y estandarizadas principalmente con base en los casos masculinos.

Kreiser y White (2014) tuvieron como objetivo explorar las influencias socioculturales que podrían afectar la manifestación del autismo en mujeres y, en consecuencia, su diagnóstico.

Para ello, realizaron una revisión bibliográfica en la que identificaron que la combinación de factores socioculturales y las diferencias en la expresión del TEA entre géneros puede tener dos implicaciones principales para las mujeres con este trastorno.

Por un lado, el diagnóstico podría ser más accesible debido al contraste entre las expectativas de género y las características propias del TEA, especialmente en lo que respecta a déficits y anomalías sociales (contraste dentro del género). Por otro lado, muchas mujeres podrían no ser diagnosticadas con facilidad, ya que su sintomatología suele diferir del modelo clásico del autismo, lo que genera una presentación atípica o un contraste dentro del diagnóstico.

La investigación de Carvajal et al. (2021) tenía como objetivo evidenciar que el TEA se manifiesta de manera distinta en mujeres y niñas, especialmente en aquellas consideradas de alto funcionamiento, lo que puede llevar a un diagnóstico tardío o erróneo. Para ello, realizaron una revisión de diversos artículos sobre TEA en niñas y mujeres con el fin de responder a su pregunta de investigación. Uno de sus principales hallazgos fue que, durante la pubertad, comienzan a surgir diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a intereses, ya que en esta etapa los intereses sociales suelen ampliarse. Este fenómeno puede hacer que las niñas con TEA mantengan intereses más restringidos o alineados con expectativas sociales infantiles (Ruggieri y Arberas, 2016). Como resultado, su sintomatología puede pasar desapercibida en la infancia, volviéndose más evidente en la adolescencia al contrastar con sus pares neurotípicas, lo que contribuye a la falta de un diagnóstico temprano.

La siguiente tesis de Zamudio y Sánchez (2023) buscaba comprender la manera en la que los estereotipos de género impactan en la forma de relacionarse entre los niños y niñas en

espacios de socialización escolar. Para ello, realizaron una investigación cualitativa en la que participaron 10 niñas y 15 niños de 6 años. A través de la observación activa, se encontró que el sesgo de género se manifiesta en los niños desde etapas tempranas, debido a los procesos de socialización y a la influencia de los medios a los que están expuestos. En consecuencia, se sugiere implementar una intervención centrada en la temática de género, que haga hincapié en la identificación y trabajo sobre los estereotipos de género. El objetivo de esta intervención es proporcionar a los maestros y a los niños las herramientas necesarias para reconocer y analizar críticamente estos estereotipos, fomentando la equidad de género a través del contenido que consumen los estudiantes.

La investigación de Cox et al. (2016) tenía como objetivo darle visibilidad a los desafíos de jóvenes universitarios con diagnóstico de autismo y analizar sus experiencias en el contexto universitario. Para ello, realizaron entrevistas semi estructuradas a 118 adultos con diagnóstico de autismo y que hayan asistido, estén asistiendo o que sean potenciales candidatos para la universidad. A partir de estas entrevistas, los participantes expresaron estar conscientes de ser “diferentes a sus compañeros”. Uno de ellos describió que solía pensar “algo debe estar mal conmigo mismo, soy perezoso, no me lo tomo en serio”, señalando que luego de recibir su diagnóstico se ha sentido más cómodo con su identidad al hablar con orgullo de sus éxitos.

Lai et al. (2019) realizaron un metaanálisis y una revisión sistemática en donde buscaban estimar la prevalencia de trastornos mentales que coexisten en personas con autismo, encontrando que las tasas de trastornos depresivos en personas autistas eran del 11% mientras que en la población general eran del 4.7%. Además, este análisis indicó que los trastornos de ansiedad son más frecuentes en la población autista, con un 20% frente al 7.3% en la población

general. Estos datos destacan de manera clara que las personas autistas tienen un mayor riesgo de sufrir trastornos mentales.

La investigación de Bargiela et al. (2016) tenía como objetivo analizar el fenotipo del autismo en mujeres y su impacto en la infra detección del trastorno autista (TEA) en niñas y mujeres. Para llevar esto a cabo, realizaron entrevistas semi estructuradas a 14 mujeres con diagnóstico de TEA en donde también llenaron cuestionarios como el Autismo Quotient-10, General Health Questionnaire-12, Hospital anxiety and depression scale y el Wechsler test for adult reading. Los datos indicaron que algunos de los desafíos de ser una mujer con TEA no provienen directamente de las dificultades autistas del individuo, sino que reflejan cómo estas dificultades se manifiestan dentro de una cultura que tiene expectativas específicas para las mujeres. Algunas mujeres de la muestra reportaron un conflicto entre su deseo de aceptar su identidad autista y las presiones percibidas para cumplir con los roles de género tradicionales.

En este mismo estudio se encontró que el conocimiento y las suposiciones de docentes, médicos generales, profesionales de la salud mental y otros especialistas pueden contribuir al sesgo diagnóstico en mujeres con autismo. Algunas participantes informaron que ciertos profesionales asumían que las mujeres no podían tener autismo o que sus concepciones sobre el trastorno no abarcaban manifestaciones más sutiles y características del perfil femenino. Estos sesgos fueron especialmente evidentes en profesionales que no son especialistas en trastornos del neurodesarrollo, pero que, aun así, desempeñan un papel clave como filtro de acceso a los servicios de evaluación y diagnóstico.

El estudio de Perry et al. (2021) tuvo como objetivo analizar la relación entre el camuflaje y el estigma relacionado con el autismo, aplicando la Teoría de la Identidad Social.

La hipótesis planteada era que el camuflaje representa una estrategia individualista en respuesta al estigma. Para ello, se utilizó una encuesta en línea completada por 223 adultos autistas, en la que se midieron el estigma percibido, las estrategias individualistas y colectivas, el camuflaje y el bienestar mental. Los resultados mostraron que un mayor camuflaje estaba positivamente asociado con el estigma relacionado con el autismo, así como con el uso tanto de estrategias individualistas como colectivas. Además, el estigma relacionado con el autismo se asoció con un menor bienestar, aunque esta relación no fue mediada por el camuflaje. Estos hallazgos ilustran cómo el estigma contribuye al camuflaje y subrayan las complejidades de gestionar la identidad autista mientras se sigue camuflando.

Marco teórico

Autismo

El trastorno del espectro autista (TEA) ha sido considerado desde el modelo médico-clínico como un trastorno del neurodesarrollo que afecta la comunicación, la interacción social y la regulación sensorial, y se caracteriza por un amplio rango de manifestaciones individuales (Alcalá et al., 2022). De acuerdo con la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), el diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista (TEA) se basa en la presencia de dificultades en la comunicación e interacción social, patrones de comportamiento restringidos y repetitivos, intereses limitados, preferencia por la rutina, alteraciones en la sensibilidad sensorial (ya sea hiperreactividad o hiporreactividad) y la manifestación de estos síntomas desde las primeras etapas del desarrollo (Espinosa et al., 2018).

Desde una perspectiva de diversidad neurocognitiva, se ha propuesto que el autismo no sea considerado un trastorno mental, sino una forma de diversidad cognitiva y funcional. Bajo este enfoque, las personas autistas poseen habilidades y maneras de percibir el mundo que, aunque diferentes, son igualmente valiosas y significativas para la sociedad que las de las personas neurotípicas (Van Grunsven, 2020). Desde esta perspectiva, se reconocen las diferencias cognitivas y comportamentales, destacando la importancia de que sean respetadas.

Los primeros signos del autismo pueden identificarse desde los 18 meses y consolidarse alrededor de los 36 meses de edad (Reynoso et al., 2017). Sin embargo, la forma en que se manifiesta varía entre individuos, por lo que su detección puede no ocurrir en la infancia. Actualmente, el TEA se concibe como un espectro sin subtipos específicos, reemplazando clasificaciones previas como el síndrome de Asperger y excluyendo condiciones como el síndrome de Rett y el trastorno desintegrativo infantil (Reviriego-Rodrigo et al., 2022).

Neurodiversidad

La neurodiversidad es un concepto que amplía la visión tradicional sobre la diversidad humana, al reconocer y valorar las diferencias en el funcionamiento neurológico y cognitivo como parte natural de la variabilidad biológica (den Houting, 2019). Desde esta perspectiva, se considera que las diferencias neurológicas, como el autismo y el TDAH, no deben verse como trastornos patológicos, sino como formas diversas de funcionamiento cerebral (Baker, 2011). Este enfoque sitúa el debate sobre la neurodiversidad dentro de un contexto más amplio, que abarca aspectos sociales, culturales y políticos (Charlton, 1998; Dwyer, 2020).

El concepto de neurodiversidad surge en el marco del enfoque social de la discapacidad y de estudios relacionados con la biodiversidad (Runswick-Cole, 2014). En términos generales, plantea que el neurodesarrollo atípico es una variación natural de la condición humana y que, al igual que otras diferencias individuales, debe ser reconocido y respetado (Griffin & Pollak, 2009). La socióloga Judy Singer, quien se identifica dentro del espectro autista, es reconocida por haber acuñado el término en su artículo *¿Por qué no puedes ser normal por una vez en tu vida?* (Singer, 1999). En este trabajo, Singer propuso una “política de la neurodiversidad”, en la que defendió que las personas neuro divergentes deberían ser consideradas un grupo social con una identidad propia, de manera similar a otros grupos basados en características como género, raza o clase social (Jaarsma & Welin, 2012).

Estereotipia o *stimming* en el autismo

De acuerdo con McCarty y Brumback (2021), el *stimming* hace referencia a conductas repetitivas y autoestimulantes, como el aleteo de manos, el balanceo del cuerpo o la manipulación de objetos, que pueden ayudar a las personas autistas a regular sus emociones y procesar estímulos sensoriales. Aunque estas conductas son a menudo malinterpretadas o

consideradas disruptivas en entornos sociales, muchas personas autistas las describen como una estrategia útil para mejorar la concentración y afrontar el estrés ambiental.

En un estudio en línea con 100 personas autistas, se identificó diversas razones por las cuales recurren al *stimming* (movimientos repetitivos o autoestimulaciones). Entre los motivos más comunes, se encontraron su uso como mecanismo para reducir la ansiedad (72 %), manejar la sobreestimulación (57 %) o calmarse (69 %). Además, el 80 % de los participantes indicaron que generalmente o en algunas ocasiones disfrutaban del *stimming*, mientras que otro 11 % señaló que su disfrute dependía del tipo de movimiento. A pesar de esto, el 72 % reportó haber recibido indicaciones de no hacerlo en algún momento de sus vidas. (Kapp, 2015).

Hiperfoco e intereses especiales

Según Rowland (2020), el hiperfoco en el autismo se define como un estado persistente de concentración intensa en un único pensamiento o actividad, excluyendo cualquier otro estímulo, incluidas las emociones propias. Este fenómeno, sostiene el autor, se ha atribuido a una disfunción en el giro del cíngulo, la región del cerebro responsable de regular la atención, lo que impide que la persona autista alterne entre diferentes pensamientos o tareas. Como resultado, las personas autistas pueden quedar atrapadas en patrones de pensamiento rígidos y altamente analíticos, sin poder dividir su atención entre lo que hacen y cómo lo perciben los demás.

Además, el hiperfoco puede causar sobrecarga sensorial, ya que cualquier interrupción repentina, como un sonido fuerte, puede captar por completo la atención de la persona y experimentarse con mayor intensidad en comparación con individuos neurotípicos. Este estado también puede dificultar la espontaneidad y la gestión de emociones, ya que las personas autistas suelen procesarlas de manera intelectual más que intuitiva

Grove et al. (2018) señalan que los intereses especiales forman parte de las características centrales del autismo y suelen manifestarse como un enfoque intenso y prolongado en temas o actividades específicas. Se estima que entre el 75 % y 95 % de las personas autistas desarrollan intereses especiales en áreas particulares (Klin et al., 2007). Sin embargo, aunque anteriormente se consideraban limitados y rígidos, investigaciones recientes han demostrado que pueden abarcar una amplia variedad de temas y no siempre ser restringidos o inflexibles.

La Red de Autodefensa del Autismo (ASAN, por sus siglas en inglés) por ejemplo ha impulsado un cambio de paradigma al sustituir el uso de un lenguaje con connotaciones negativas como “restringidos” por “un interés apasionado en ciertos temas”. Además, se ha encontrado que los intereses especiales pueden tener un impacto positivo en la vida de las personas autistas, fomentando la motivación, el bienestar emocional y la satisfacción en distintos ámbitos, como el contacto social y el tiempo de ocio.

Colapso en personas con autismo

Cuando una persona con autismo experimenta un nivel elevado de ansiedad o una sobrecarga sensorial, su cerebro puede verse abrumado y activar una respuesta de lucha, huida o inmovilización. En estos casos, es común que se manifieste un *meltdown*, que equivale a la respuesta de "lucha" y que a menudo se malinterpreta como una rabieta. Durante un *meltdown*, la persona pierde el control de su comportamiento debido a la sobrecarga y no encuentra otra forma de expresar su malestar. Esta reacción puede manifestarse de manera verbal, con gritos, sollozos o sonidos de frustración; de manera física, con pataleos o movimientos repetitivos; o a través de una combinación de ambas.

Los *meltdowns* suelen ser provocados por situaciones que generan una alta demanda en distintas áreas. Por ejemplo, pueden surgir ante interacciones sociales que generan ansiedad o malentendidos en la comunicación, ante una sobrecarga sensorial producida por estímulos intensos como ruidos fuertes, luces brillantes o ropa incómoda, o debido a cambios imprevistos que alteran la rutina y resultan difíciles de manejar. Además, factores como la fatiga, el hambre, la sed o el dolor físico pueden incrementar la probabilidad de experimentar un *meltdown*, al igual que situaciones emocionalmente intensas que impliquen una gran carga afectiva (Leicestershire Partnership, 2024).

Bloqueo en personas autistas

Un bloqueo o *shutdown* genera sensaciones similares a un *meltdown*; sin embargo, en lugar de expresarse externamente, la persona reprime su malestar internamente. Se considera el equivalente a la respuesta de "congelamiento" (*freeze*) dentro del mecanismo de lucha, huida o inmovilización. Al igual que los *meltdowns*, los *shutdowns* pueden ser provocados por factores como la sobrecarga sensorial, los cambios imprevistos, la fatiga o situaciones emocionalmente intensas.

Durante un *shutdown*, la persona puede experimentar una repentina dificultad para hablar o incluso una pérdida total del habla, así como la necesidad de aislarse en un lugar oscuro y tranquilo o recostarse en la cama. También es común sentir un agotamiento extremo que dificulta el movimiento, junto con una menor tolerancia a la frustración y problemas para regular las emociones. Además, pueden presentarse un aumento en conductas de *stimming* (autoestimulación), dificultades para tomar decisiones e incluso problemas para regular la temperatura corporal. En algunos casos, la persona puede recurrir al camuflaje como estrategia para disimular su malestar y evitar mostrar signos visibles de afectación (Leicestershire Partnership, 2024).

Concepto de género y su influencia en la percepción del autismo

El sexo se entiende como un concepto biológico, mientras que el género es una construcción social que surge a partir del sexo. Este último está vinculado a las características que se asignan a los hombres y a las mujeres, a las interacciones entre ambos géneros y al sistema social que las regula y define (Ruiz, 2009).

Es importante tomar en cuenta el constructo del género al intentar comprender las diferencias y semejanzas entre hombres y mujeres en el campo de la salud, tratándose de un aspecto que afecta de forma distinta a una población (Ruiz, 2009).

En este sentido, la Teoría de Socialización de Género plantea que desde la infancia se asignan roles y expectativas diferenciadas a niños y niñas en cuanto a emociones, pensamientos y comportamientos, basados en el sexo biológico (Sosa e Imhoff, 2023). Estas normas influyen en las oportunidades a las que las personas tienen acceso, moldeando sus decisiones, trayectorias y áreas de interés (Climent, 2009).

La socialización primaria, que ocurre en el entorno familiar, desempeña un papel clave en la construcción de la identidad de género. Posteriormente, la socialización secundaria, a través de instituciones educativas y medios de comunicación, refuerza y legitima esta identidad, promoviendo la adopción de roles de género predefinidos. (Garnica de la Torre y Soto, 2021). Estos patrones no solo afectan el desarrollo social y académico, sino que también influyen en la manera en que se identifican y diagnostican las condiciones del neurodesarrollo, como el autismo.

Dentro de este proceso de socialización, los estereotipos de género desempeñan un papel crucial. Sosa e Imhoff (2023) los definen como ideas preconcebidas y simplificadas asignadas a las personas según su sexo biológico, las cuales influyen en su identidad, comportamiento y rol dentro de la sociedad. Estos estereotipos no solo limitan el desarrollo

individual, sino que también refuerzan desigualdades estructurales que afectan la percepción de capacidades y oportunidades según el género.

Diversos estudios han evidenciado que los docentes tienden a evaluar y fomentar habilidades en niños y niñas de manera diferenciada, reforzando estereotipos que pueden afectar la percepción de sus capacidades y dificultades (Antón Fernández, 2006). En el ámbito educativo, por ejemplo, las expectativas del profesorado pueden influir en la valoración de competencias sociales y emocionales, consolidando así patrones de desigualdad en el desarrollo académico y social. En el caso del autismo, estos estereotipos pueden llevar a que los síntomas en niñas sean minimizados o malinterpretados, contribuyendo al sesgo de género en su diagnóstico.

Los factores culturales y familiares refuerzan estas percepciones al catalogar ciertos comportamientos como "apropiados" o "esperados" según el género, distorsionando la forma en que se concibe a hombres y mujeres en la sociedad actual (Garnica de la Torre y Soto, 2021). En el caso del autismo, esta diferenciación social y cultural ha generado un sesgo en la identificación y evaluación del trastorno, ya que las manifestaciones del TEA en mujeres pueden pasar desapercibidas o ser interpretadas erróneamente bajo estereotipos de género.

Sesgo de género en el diagnóstico del autismo

El sesgo de género en la identificación del TEA surge, en gran parte, de las expectativas sociales sobre el comportamiento de niñas y niños. Se tiende a considerar que las niñas son más tranquilas, reservadas o tímidas, lo que lleva a que las dificultades sociales de aquellas con rasgos autistas sean minimizadas o malinterpretadas. Como resultado, muchas niñas que podrían ser diagnosticadas con autismo son ignoradas por los profesionales, ya que su comportamiento se ajusta a estos estereotipos (Montagust Asunción et al., 2018).

Además, este sesgo se ha visto reforzado por teorías como la del cerebro masculino extremo, propuesta por Baron-Cohen, que plantea que el perfil cognitivo de las personas autistas es predominantemente masculino, argumentando que los hombres tienden a ser más sistemáticos que empáticos (Briones, 2022). Esta perspectiva ha influido en el desarrollo de herramientas diagnósticas centradas en estudios realizados mayoritariamente en niños, dejando a las niñas fuera de estos análisis. Como consecuencia, el perfil femenino del autismo ha sido poco investigado y muchas mujeres han quedado sin la oportunidad de ser identificadas clínicamente, perpetuando así el infradiagnóstico y el diagnóstico tardío en este grupo (Briones, 2022).

Este sesgo de género no solo afecta la identificación del TEA en mujeres, sino que también ha influido en la percepción de sus manifestaciones clínicas. Durante años, el autismo ha sido conceptualizado a partir de modelos masculinos, lo que ha llevado a que las diferencias en la presentación del TEA entre hombres y mujeres pasen desapercibidas. Sin embargo, investigaciones recientes han demostrado que estas diferencias existen tanto a nivel conductual como neurobiológico, lo que hace evidente la necesidad de replantear los criterios diagnósticos tradicionales.

Diferencias en la manifestación del autismo en hombres y mujeres

Las diferencias en la socialización entre niños y niñas también afectan la detección del autismo. Se ha señalado que las niñas autistas pueden involucrarse en juegos imaginativos y situaciones verbales con sus pares, mientras que los niños suelen preferir juegos más físicos o estructurados (Hiller et al., 2014). Esto puede hacer que los síntomas del autismo en niños sean más evidentes en contextos grupales, facilitando su diagnóstico, mientras que en niñas pueden pasar desapercibidos o interpretarse erróneamente como una adaptación social efectiva (Dean et al., 2017; Rutherford et al., 2016).

De acuerdo con el Children Autism Spectrum Test (CAST) y el Development and Well-Being Assessment (DAWBA), se ha evidenciado que lograr el diagnóstico para las mujeres, depende de una baja capacidad cognitiva y/o problemas en el comportamiento. Esto sugiere que las mujeres con TEA podrían estar siendo subdiagnosticadas o estar siendo diagnosticadas erróneamente; lo cual se podría justificar en que los criterios, conceptos y prácticas utilizadas para el diagnóstico de autismo están bajo la información existente sobre cómo se manifiestan las dificultades del autismo en los hombres (Dworzynki et al., 2012).

Por otro lado, además de las diferencias conductuales, también existen diferencias neurobiológicas entre niños y niñas autistas. Un estudio realizado por Supercar et al. (2022) encontró que las niñas con autismo presentan patrones de conectividad cerebral distintos a los de los niños autistas, lo que sugiere que el TEA podría manifestarse de manera diferente a nivel neurofisiológico en función del género. Sin embargo, estas diferencias aún no han sido ampliamente consideradas en los criterios diagnósticos actuales, lo que refuerza la necesidad de desarrollar enfoques más inclusivos en la evaluación del autismo en mujeres.

Camuflaje y estrategias de adaptación en mujeres con autismo

Ruggieri (2024) señala que dentro del contexto del autismo existe el concepto de camuflaje, el cual consiste en enmascarar u ocultar comportamientos autistas para facilitar la socialización y encajar en su entorno. Las personas autistas pueden desarrollar habilidades sociales observando e imitando el comportamiento de los demás, lo que les permite adaptarse a diferentes entornos, aunque con un alto costo emocional y cognitivo.

Las mujeres reprimen y controlan los síntomas del autismo en grupos sociales con mayor frecuencia que los hombres, lo que puede incluir aprender expresiones faciales de la televisión, forzar el contacto visual o utilizar frases memorizadas en conversaciones (Hervás, 2022). Este proceso no solo implica un esfuerzo mental constante, sino que también puede afectar su bienestar emocional y su sentido de identidad.

El camuflaje en personas autistas puede entenderse como una respuesta al estigma relacionado con el autismo (Cage & Troxell-Whitman, 2019). A lo largo del tiempo, la exposición al estigma y la necesidad de adaptación a normas sociales neurotípicas pueden generar un impacto negativo en la salud mental, ya que la constante autoevaluación y supresión de comportamientos autistas agota los recursos psicológicos y dificulta la regulación emocional.

El estigma se define como la descalificación social de ciertos atributos, lo que lleva a las personas a sentirse inaceptables o "marginadas" (Goffman, 1990). En el caso de las personas autistas, esto puede manifestarse en la desvalorización de conductas como la autoestimulación (*stimming*), las diferencias en la interacción social o la discriminación hacia el diagnóstico de autismo, lo que refuerza la necesidad de encajar y ser aceptado por los demás.

Perry et al. (2021) sugieren que el camuflaje surge como un mecanismo de adaptación que busca minimizar la discriminación y facilitar la inclusión social. Esto coincide con la idea de gestionar una identidad estigmatizada a través del "pasar desapercibido" o el "ocultamiento". Sin embargo, aunque pueda ofrecer beneficios a corto plazo, también puede generar dificultades en la identidad y el bienestar de quienes lo practican.

Desde la Teoría de la Identidad Social de Tajfel y Turner (1979), el concepto de identidad se compone de una dimensión personal y una social. La identidad personal abarca las características individuales que distinguen a una persona de los demás, mientras que la

identidad social está relacionada con los grupos con los que una persona se identifica. En el caso del autismo, la identidad personal incluye intereses y valores específicos que la persona percibe como parte de su singularidad, mientras que la identidad social se construye a partir de la relación con otras personas autistas y la diferenciación con los grupos neurotípicos.

El camuflaje, sin embargo, puede interferir en este proceso de construcción de identidad. Al suprimir rasgos autistas para encajar en entornos neurotípicos, muchas mujeres autistas experimentan una desconexión entre su identidad real y la identidad que proyectan en la sociedad. Hull et al. (2021) advierten que la práctica habitual de pretender no ser autista puede deteriorar el sentido de identidad de una persona, lo que puede llevar a que sus necesidades sean malinterpretadas o completamente ignoradas.

El camuflaje en el autismo, especialmente en mujeres, ha sido identificado como un factor clave en el diagnóstico tardío. Hull et al. (2017) desarrollaron el *Camouflaging Autistic Traits Questionnaire (CAT-Q)*, una herramienta para medir esta estrategia de adaptación. Este proceso implica un esfuerzo constante por parte de las personas autistas para encajar en entornos sociales, lo que puede generar agotamiento emocional, ansiedad y depresión (Lai et al., 2017). Además, este mecanismo contribuye a la dificultad en el diagnóstico, ya que los profesionales pueden no detectar signos evidentes del autismo en mujeres que han aprendido a ocultar sus rasgos desde edades tempranas (Hull et al., 2020).

Diagnósticos erróneos en mujeres con autismo

Según Palancar et al. (2024), el fenómeno del camuflaje, combinado con la falta de conocimiento sobre el Trastorno del Espectro Autista (TEA) en mujeres, contribuye a que el autismo no sea considerado como la causa subyacente de ciertos comportamientos o indicadores. Como resultado, las mujeres con autismo a menudo reciben diagnósticos erróneos o incompletos, entre los cuales se incluyen los siguientes:

1. Trastorno de Ansiedad Social (TAS): se caracteriza por un miedo o ansiedad intenso en situaciones sociales en las que la persona siente que puede ser evaluada por otros. Mientras que tanto el autismo como el TAS implican dificultades en las interacciones sociales, sus orígenes y causas son distintos. En el TAS, la ansiedad surge antes de la situación social, debido a la anticipación de la exposición. En cambio, en el autismo, la ansiedad puede originarse durante la interacción, a causa de la dificultad para manejar la situación social y los estímulos externos. Así, en el Trastorno del Espectro Autista (TEA), la ansiedad se presenta como un factor concurrente, mientras que en el TAS, actúa como un detonante.
2. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): Aunque el TDAH y el TEA comparten algunas dificultades, como la organización, ejecución y mantenimiento del orden, los orígenes son diferentes. En el caso del TDAH, las dificultades se deben a problemas de concentración, mientras que en el autismo, se relacionan con la forma en que se perciben y gestionan los estímulos externos durante las interacciones sociales. Además, es importante prestar atención a los indicadores que pueden estar presentes en uno y no en el otro, especialmente en mujeres, ya que estos signos pueden ser mucho más sutiles.
3. Síndrome de Sensibilidad Central (SSC): En mujeres con diagnóstico de autismo, se observa una mayor incidencia de trastornos relacionados con el SSC, como fibromialgia, fatiga crónica y síndrome de la articulación temporomandibular. Estas condiciones, que suelen ser difíciles de diagnosticar, pueden manifestarse con mayor claridad en el contexto del autismo, lo que subraya la importancia de un diagnóstico adecuado.

4. Las similitudes entre el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) y el TEA pueden radicar en los rituales, los intereses restringidos y las actividades de orden y clasificación presentes en ambos. Sin embargo, se diferencian en el contenido, la función y la valoración de estas conductas. Mientras que en el TOC, los rituales son percibidos como pensamientos negativos, como supersticiones o preocupaciones sobre la contaminación, en el autismo estos comportamientos están relacionados con lo que les resulta “interesante” (por ejemplo, temas relacionados con el mundo físico, sistemas, hechos históricos o lectura). Además, mientras que en el TEA, estos rituales pueden ser placenteros y desestresantes, en el TOC, son intrusivos e inaceptables.
5. El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) y el espectro autista pueden compartir algunas características comunes, como una autoestima afectada, una percepción propia que resulta confusa, dificultades en las relaciones interpersonales, problemas para regular emociones intensas, sensibilidad al rechazo y dificultades para controlar los impulsos. Estas similitudes pueden hacer que ambos trastornos se confundan en ciertos casos, especialmente cuando no se considera el contexto completo de los síntomas.
6. Por otro lado, un Trastorno Ansioso-Depresivo también puede presentar síntomas como bajo interés en las relaciones sociales, evitación de situaciones con alto nivel de estimulación y dificultades en la alimentación o el sueño, lo cual podría confundirse con el autismo. No obstante, estas características pueden ser indicativas de una depresión, lo que resalta la necesidad de un diagnóstico exhaustivo para diferenciar ambos trastornos.
7. Lo que distingue un Trastorno de la Comunicación Social (TCS) del autismo no es la capacidad comunicativa, sino la presencia de dificultades significativas en la socialización y de rituales o comportamientos repetitivos de autorregulación, conocidos como estereotipias o "stims", que son característicos del autismo. En las mujeres, estos

comportamientos a menudo se presentan de manera más sutil y adaptada socialmente (como ordenar o clasificar), lo que puede hacer que pasen desapercibidos.

Limitaciones de los instrumentos diagnósticos en la evaluación del autismo en mujeres

Existen diversas evaluaciones que pueden utilizarse para detectar o diagnosticar el autismo, así como para medir la gravedad de los síntomas. Entre ellas se incluyen cuestionarios basados en el informe de cuidadores, cuestionarios para docentes, autoinformes, pruebas de detección, entrevistas con cuidadores y medidas de observación (Lord et al., 2022).

Sin embargo, la interpretación de los puntajes obtenidos en estas evaluaciones debe realizarse con precaución, considerando factores como la edad, el contexto cultural, el sexo y las habilidades cognitivas de la persona evaluada (Tafolla et al., 2025). Estas variables pueden influir en la manifestación del autismo y, en consecuencia, en la precisión del diagnóstico.

Si bien la combinación de observación directa e informes de cuidadores suele conducir a diagnósticos más confiables, en el caso de adultos que buscan un diagnóstico por primera vez, los cuidadores no siempre están presentes o no pueden proporcionar un historial detallado del desarrollo temprano. Ante esta limitación, muchas personas adultas han optado por el uso de cuestionarios de autoinforme, los cuales se han vuelto cada vez más populares tanto para la autoevaluación como para determinar si es necesario buscar una evaluación formal (Falkmer et al., 2013).

Un metaanálisis reciente encontró que las mujeres autistas muestran mayores habilidades de interacción y comunicación social en comparación con los hombres autistas cuando estas habilidades se evalúan mediante métodos conductuales (Wood-Downnie et al., 2020).

De manera similar, al utilizar herramientas clínicas estándar como la Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo - 2 (ADOS), los hombres autistas tienden a presentar síntomas más evidentes, incluyendo mayores dificultades en la comunicación (Rea et al., 2023), interacciones sociales más limitadas (Mandy et al., 2012) y una mayor presencia de conductas repetitivas y estereotipadas (Van Wijngaarden-Cremers et al., 2014).

Por el contrario, las mujeres autistas suelen mostrar dificultades que no siempre son detectadas por estas herramientas, como un menor rendimiento intelectual, mayores limitaciones en la funcionalidad adaptativa y una mayor tendencia a manifestar síntomas internalizantes y externalizantes (Cruz et al., 2023). Esto sugiere que los criterios diagnósticos tradicionales pueden no captar adecuadamente las manifestaciones del autismo en mujeres, lo que contribuye a su infradiagnóstico y diagnóstico tardío

ADOS-2 (Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo - 2)

El ADOS-2 es una herramienta estandarizada y semiestructurada diseñada para evaluar la comunicación, la interacción social, el juego y las conductas repetitivas y restrictivas en personas con sospecha de Trastorno del Espectro Autista (TEA). Se compone de cinco módulos que permiten evaluar a niños desde los 12 meses hasta adultos, adaptándose al nivel de desarrollo y edad de cada individuo.

Cada módulo incluye actividades diseñadas para provocar comportamientos relevantes para el diagnóstico del TEA, guiando al examinador en su aplicación, codificación e interpretación. El ADOS-2 introduce mejoras respecto a su versión anterior, como la actualización de algoritmos para mayor precisión en los módulos 1, 2 y 3, la incorporación de un módulo T para niños pequeños y una puntuación comparativa para evaluar la severidad de los síntomas.

Es reconocido como un instrumento de referencia en la evaluación observacional del TEA y se utiliza ampliamente en entornos clínicos y de investigación (Lord et al., 2012)

Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R)

El ADI-R es una entrevista clínica estructurada diseñada para la evaluación profunda del Trastorno del Espectro Autista (TEA). Fue desarrollada por Michael Rutter, Ann Le Couteur y Catherine Lord, y es una de las herramientas más utilizadas en la investigación y el diagnóstico clínico del autismo.

El ADI-R se aplica mediante una entrevista estructurada con los padres o cuidadores de la persona evaluada, quienes brindan información detallada sobre su desarrollo y comportamiento. Esta herramienta se centra en tres áreas clave del funcionamiento: el lenguaje y la comunicación, la interacción social recíproca, y la presencia de conductas e intereses restringidos, repetitivos o estereotipados.

La entrevista consta de 93 preguntas, cuya información es codificada y analizada mediante algoritmos diagnósticos que permiten orientar la evaluación y determinar si la persona cumple con los criterios diagnósticos de TEA. Sin embargo, el ADI-R no reemplaza el juicio clínico, ya que el diagnóstico debe complementarse con observaciones directas y otras pruebas estandarizadas.

La prueba se considera altamente confiable y es utilizada tanto en contextos clínicos como en investigaciones científicas sobre el autismo. Además, ha demostrado ser útil para la planificación de intervenciones y estrategias educativas adaptadas a las necesidades individuales del paciente (Rutter et al., 2003).

Cuestionario de Camuflaje de Rasgos Autistas (CAT-Q)

El (CAT-Q) es una herramienta autoadministrada de 25 ítems, diseñada para evaluar las estrategias de camuflaje utilizadas por personas mayores de 16 años. Esta capacidad de enmascaramiento es especialmente relevante en el caso de mujeres y personas con identidades de género diversas, quienes a menudo son subdiagnosticadas o reciben diagnósticos erróneos debido a su habilidad para disimular características autistas.

El CAT-Q evalúa no solo el nivel general de camuflaje, sino también tres dimensiones específicas: la compensación, que incluye estrategias como el uso de guiones sociales aprendidos o la imitación de comportamientos para superar dificultades sociales; el enmascaramiento, que implica suprimir o esconder rasgos autistas con el objetivo de parecer más neurotípico; y la asimilación, que se refiere a los intentos de adaptarse a situaciones sociales modificando el comportamiento para integrarse con los demás.

Además de su valor como herramienta de evaluación y tamizaje, el CAT-Q posee aplicaciones clínicas significativas. Sus resultados pueden incorporarse al proceso de formulación diagnóstica y tratamiento, validando las experiencias subjetivas de las personas autistas y favoreciendo el desarrollo de la autoconciencia. Al proporcionar una comprensión más detallada del fenómeno del camuflaje, este cuestionario permite identificar áreas específicas de intervención y diseñar estrategias que ayuden a mitigar los efectos negativos del camuflaje sobre el bienestar, sin dejar de reconocer sus funciones adaptativas en determinados contextos (Hull et al., 2019).

Consecuencias del diagnóstico tardío del autismo en mujeres

La identificación temprana del Trastorno del Espectro Autista (TEA) tiene el potencial de mitigar diversos riesgos y mejorar significativamente la calidad de vida de las personas autistas. Un diagnóstico oportuno permite detectar sus necesidades específicas, establecer intervenciones adecuadas, facilitar el acceso a servicios especializados, reducir el estigma

social hacia la persona y su familia, disminuir la autocrítica y fomentar una identidad positiva (Bargiela et al., 2016).

En contraste, el diagnóstico tardío conlleva una serie de desafíos emocionales y sociales. Muchas mujeres experimentan un alivio al recibir el diagnóstico, ya que les permite comprender sus experiencias pasadas y dar sentido a las dificultades que han enfrentado. No obstante, este mismo diagnóstico puede generar frustración y tristeza al descubrir que han pasado gran parte de su vida sin el apoyo necesario. Durante años, muchas de ellas fueron mal interpretadas y etiquetadas negativamente por su entorno, lo cual afectó profundamente su autoestima y bienestar emocional. Además, la falta de un diagnóstico oportuno las priva de la posibilidad de conectarse con la comunidad autista, limitando su acceso a redes de apoyo y fomentando una sensación de aislamiento (Bargiela et al., 2016).

Según Leiva (2022), las personas con autismo tienen un riesgo de desarrollar depresión hasta cuatro veces mayor que la población general, siendo esta la afección de salud mental más prevalente entre ellas. Este riesgo se ve incrementado por el esfuerzo constante que implica el "camuflaje" social, que contribuye significativamente a la ansiedad y la depresión. Además, desde 2013, la tasa de suicidio entre personas autistas ha aumentado notablemente, alcanzando un índice tres veces superior al de la población no autista, con una prevalencia particularmente alta en mujeres. Las edades de los casos de suicidio oscilan entre los 14 y los 70 años, con una media de 32 años.

Hirvikoski (2020), llevó a cabo un estudio de casos y cohortes emparejados aplicando modelos de regresión logística condicional en 54,168 individuos registrados entre 1987 y 2013 con TEA en los registros nacionales suecos; con el objetivo de analizar las conductas suicidas en personas autistas. Se encontró que las mujeres autistas tienen un mayor riesgo de presentar

conductas suicidas y que 1 de cada 5 mujeres que además presenta TDAH, intenta suicidarse, en comparación con aproximadamente 1 de cada 11 hombres con ambas afecciones.

Un estudio realizado en Chile en 2022, cuyo objetivo fue analizar las consecuencias del diagnóstico tardío en mujeres adultas con TEA y las dificultades presentes en el proceso diagnóstico en el país, reveló que el 83% de las mujeres entrevistadas habían recibido terapia o acompañamiento psicológico antes de obtener su diagnóstico (Leiva, 2022). Este hallazgo refleja el alto riesgo que enfrentan las mujeres con TEA de desarrollar problemas emocionales graves debido a la falta de un diagnóstico temprano.

Capítulo III: Problema

Problema

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) ha sido históricamente estudiado y diagnosticado con base en manifestaciones observadas mayoritariamente en varones, lo cual ha generado un sesgo significativo en la identificación del autismo en mujeres. Las herramientas diagnósticas, los criterios clínicos y la formación profesional continúan sustentándose, en su mayoría, en investigaciones realizadas con población masculina, dejando por fuera manifestaciones más sutiles o enmascaradas propias del perfil femenino del espectro.

Numerosos estudios han evidenciado que muchas mujeres autistas no son diagnosticadas durante la infancia, y en su lugar reciben otros diagnósticos como ansiedad, depresión, trastornos de la conducta alimentaria o trastorno límite de la personalidad, lo que prolonga el malestar subjetivo, retrasa la intervención adecuada y afecta su bienestar emocional y social. Uno de los principales factores que dificulta la detección del autismo en mujeres es el uso del camuflaje social o *masking*, una estrategia que consiste en imitar conductas neurotípicas

para encajar en entornos sociales, lo que puede invisibilizar los rasgos autistas y dificultar su identificación clínica.

En Costa Rica, existe poca evidencia empírica sobre cómo se manifiesta el sesgo de género en el proceso diagnóstico del autismo, particularmente en mujeres adultas que recibieron su diagnóstico de forma tardía. Tampoco se cuenta con información suficiente sobre la percepción de los profesionales de salud en torno a estas diferencias de género, ni sobre las herramientas que utilizan para evaluarlas.

Frente a este escenario, surge la necesidad de explorar de manera cualitativa las experiencias de mujeres diagnosticadas en la adultez, así como las percepciones de profesionales que evalúan TEA, con el fin de comprender mejor las barreras, desafíos e implicaciones del sesgo de género en el proceso diagnóstico. Esta investigación pretende visibilizar las voces de mujeres autistas, rescatar sus vivencias y aportar al desarrollo de prácticas diagnósticas más inclusivas y sensibles al género.

Objetivos

General:

Analizar el impacto del sesgo de género en el diagnóstico tardío del autismo en mujeres adultas.

Específicos:

- Examinar cómo el diagnóstico tardío de autismo influye en la construcción de la identidad personal y social en mujeres adultas.
- Analizar el papel de las estrategias de compensación o camuflaje en el proceso de evaluación y diagnóstico del autismo.
- Explorar la percepción de profesionales de la salud mental sobre el sesgo de género en el diagnóstico del autismo y su impacto en la evaluación clínica.

Preguntas de investigación

1. ¿Cómo experimentan las mujeres autistas diagnosticadas en la adultez el proceso de diagnóstico y qué impacto ha tenido en su identidad y bienestar?
2. ¿Qué factores personales, sociales y profesionales contribuyen al diagnóstico tardío del autismo en mujeres?
3. ¿Qué percepciones tienen los profesionales de la salud sobre la influencia del sesgo de género en el diagnóstico del TEA?
4. ¿Qué dificultades enfrentan los profesionales para identificar el autismo en mujeres adultas?
5. ¿Qué aspectos consideran necesarios de mejorar en las herramientas diagnósticas actuales para lograr una evaluación más inclusiva del autismo en mujeres?

Capítulo IV: Metodología

Diseño metodológico:

El estudio sigue un enfoque cualitativo, con el objetivo de explorar en profundidad las experiencias de mujeres que recibieron el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA) en la adultez, así como las percepciones de profesionales de la salud en torno al sesgo de género en el diagnóstico.

Para la recolección de información se utilizaron dos técnicas. Por un lado, se realizaron entrevistas semiestructuradas a mujeres diagnosticadas con autismo en la adultez. Por otro lado, se aplicó una encuesta dirigida a profesionales con experiencia en la evaluación clínica del TEA. Ambas fuentes fueron analizadas mediante un enfoque interpretativo, orientado a identificar categorías, temáticas emergentes y patrones de significado en los relatos. Este tipo de análisis permitió comprender tanto las vivencias personales de las mujeres entrevistadas como las valoraciones profesionales respecto a los desafíos que plantea el diagnóstico de autismo en mujeres, especialmente cuando ocurre de forma tardía.

Alcances

El estudio tiene un alcance exploratorio y descriptivo. Es exploratorio, ya que busca indagar sobre un fenómeno poco estudiado, como el impacto del sesgo de género en el diagnóstico del autismo en mujeres. A través de esta aproximación, se busca generar conocimiento preliminar sobre las vivencias de mujeres autistas diagnosticadas en la adultez y las percepciones de profesionales que participan en los procesos de evaluación y diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista (TEA).

A su vez, es descriptivo porque pretende detallar y comprender las experiencias individuales, los obstáculos enfrentados durante el proceso diagnóstico, así como los efectos del diagnóstico tardío y el rol de los estereotipos de género en dicho proceso.

Diseño

Este estudio tiene un diseño no experimental, de tipo transversal y con enfoque cualitativo. Se emplea una metodología cualitativa a través de entrevistas semiestructuradas con mujeres diagnosticadas en la adultez para explorar sus experiencias en el proceso diagnóstico. Además, se utiliza una encuesta aplicada a profesionales de la salud que diagnostican autismo, con el fin de analizar su percepción sobre las diferencias de género en el diagnóstico.

Participantes

La muestra del estudio estuvo conformada por 11 mujeres adultas diagnosticadas con Trastorno del Espectro Autista (TEA), cuyas edades oscilan entre los 20 y 50 años. Todas las participantes, excepto una que reside actualmente en Barcelona, viven dentro del Gran Área Metropolitana (GAM) de Costa Rica.

La selección se realizó mediante muestreo intencional. El reclutamiento se llevó a cabo a través del grupo "Adultos Autistas Costa Rica", en el cual se compartió una invitación por medio de WhatsApp, explicando el objetivo de la investigación. La comunicación con las participantes se gestionó con el apoyo de la administradora del grupo, quien facilitó el contacto inicial.

Dentro de los criterios de inclusión se consideró que las participantes contaran con un diagnóstico formal de TEA, que hubieran recibido dicho diagnóstico en la adultez (después de los 18 años), que fueran costarricenses y que aceptaran participar voluntariamente en la

entrevista. Se excluyeron aquellas personas que hubieran recibido el diagnóstico durante la infancia o adolescencia, así como aquellas que no contaran con un diagnóstico formal.

Además de las entrevistas realizadas a mujeres diagnosticadas con TEA en la adultez, se recolectaron datos mediante una encuesta dirigida a profesionales de la salud con experiencia en la evaluación y diagnóstico del autismo. La muestra estuvo compuesta por nueve profesionales, entre ellos psicólogos, neuropsicólogos y psiquiatras.

La selección de participantes se realizó a través de un muestreo intencional. Se identificaron profesionales que trabajan en el diagnóstico de autismo en Costa Rica mediante búsquedas en línea, y se les contactó directamente para explicar los objetivos del estudio e invitarlos a participar. La participación fue voluntaria y se realizó por medio de un formulario en línea creado en Google Forms.

En cuanto a la experiencia profesional en la evaluación del autismo, el 55.6% de los encuestados reportó tener entre 4 y 6 años de experiencia, el 22.2% indicó más de 10 años, un 11.1% señaló entre 7 y 10 años, y el 11.1% restante entre 1 y 3 años.

Los criterios de inclusión para esta parte del estudio fueron ser profesional de la salud con experiencia en la evaluación y diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista y aceptar participar voluntariamente en la encuesta.

Muestra

La muestra de este estudio está compuesta por mujeres adultas costarricenses diagnosticadas con Trastorno del Espectro Autista (TEA) en la adultez. Las participantes fueron seleccionadas a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia, con el objetivo de incluir mujeres que hayan recibido su diagnóstico entre los 18 y 50 años de edad.

El contacto con las participantes se realizó a través del grupo *Adultos Autistas Costa Rica*, donde se solicitó la colaboración de voluntarias para participar en la investigación. Para ello, se estableció comunicación con la administradora del grupo de WhatsApp, quien facilitó la difusión de la información sobre el estudio. Como resultado, se obtuvo la participación de 11 mujeres autistas diagnosticadas en la adultez.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

Para mujeres diagnosticadas en la adultez:

- Tener un diagnóstico formal de Trastorno del Espectro Autista (TEA).
- Haber recibido el diagnóstico después de los 18 años.
- Ser costarricense
- Aceptar participar voluntariamente en la entrevista.

Para profesionales del diagnóstico:

- Ser profesional de la salud con experiencia en la evaluación y diagnóstico de TEA
- Aceptar participar voluntariamente en la encuesta.

Criterios de exclusión

Para mujeres diagnosticadas en la adultez:

- Diagnóstico recibido en la infancia o adolescencia.
- No contar con un diagnóstico formal.

Para profesionales del diagnóstico:

- No haber trabajado directamente en la evaluación y diagnóstico de autismo.
- No completar la encuesta en su totalidad.

Instrumentos

Para la recolección de datos cualitativos se utilizó una entrevista semiestructurada, diseñada con base en los objetivos del estudio. Este tipo de entrevista permite un equilibrio entre la organización de preguntas previamente definidas y la flexibilidad para explorar aspectos emergentes durante la conversación. A diferencia de las entrevistas estructuradas, las semiestructuradas brindan al entrevistador la posibilidad de adaptar el orden o la formulación de las preguntas, lo que favorece una comunicación más fluida y contextualizada con las participantes (Díaz-Bravo et al., 2013).

La encuesta fue de tipo mixta, con preguntas cerradas y abiertas, y se aplicó a profesionales que realizan procesos de evaluación diagnóstica de autismo en personas adultas. Su propósito fue explorar percepciones, prácticas clínicas y desafíos asociados al diagnóstico de mujeres autistas, así como conocer las herramientas utilizadas y el grado de influencia percibido del sesgo de género en estos procesos.

Procedimiento

Para la recolección de información, se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas con once mujeres costarricenses diagnosticadas con Trastorno del Espectro Autista (TEA) en la adultez. El contacto con las participantes se realizó mediante el grupo "Adultos Autistas Costa Rica", a través de su canal de WhatsApp. Se explicó el objetivo del estudio a la administradora del grupo, quien colaboró compartiendo la invitación con las posibles participantes. Una vez que manifestaron interés, se coordinó la entrevista de forma individual.

Por otra parte, se diseñó una encuesta en Google Forms dirigida a profesionales de la salud con experiencia en la evaluación y diagnóstico de autismo. El enlace fue compartido directamente con especialistas localizados por medio de búsquedas en línea. En total, se obtuvieron nueve respuestas de profesionales en áreas como psicología, neuropsicología y psiquiatría. La encuesta fue contestada de manera voluntaria.

Ambos instrumentos fueron acompañados por una hoja informativa que detallaba los objetivos del estudio, el uso de la información y el consentimiento para participar. Las entrevistas fueron grabadas con autorización previa y posteriormente transcritas para su análisis.

Técnicas de análisis

Análisis de contenido cualitativo

El análisis de la información obtenida en este estudio se realizó mediante un enfoque cualitativo de tipo interpretativo. En el caso de las entrevistas, se utilizó un análisis temático que permitió identificar patrones de significado, categorías emergentes y temas en común entre las experiencias narradas por las participantes. Para ello, se transcribieron las entrevistas y posteriormente se realizó una lectura detallada y subrayado de fragmentos relevantes. A partir de este proceso, se agruparon las respuestas en categorías que reflejan aspectos clave del impacto del diagnóstico tardío y del sesgo de género en la vida de las mujeres autistas.

En cuanto a la encuesta aplicada a profesionales de la salud, las respuestas abiertas se analizaron con una estrategia similar, enfocada en identificar percepciones comunes, divergencias y aspectos relevantes relacionados con las herramientas diagnósticas, el rol del sesgo de género y las prácticas clínicas en la evaluación del TEA en mujeres. La información fue organizada de forma sistemática para facilitar la comparación e interpretación de los

resultados, y se incorporaron citas textuales que ilustran las perspectivas de los y las profesionales.

Este análisis permitió construir un panorama integral de las experiencias subjetivas de las mujeres autistas diagnosticadas en la adultez, así como de las percepciones de los profesionales que evalúan esta condición.

Técnicas de análisis de los datos o procedimientos para garantizar la validez y/o calidad de la información

Para asegurar la validez y calidad de la información recopilada en este estudio, se implementaron diversas estrategias metodológicas. En primer lugar, se elaboró una guía de entrevista semiestructurada con base en los objetivos de investigación y en la revisión teórica previa, lo que permitió mantener un enfoque coherente y pertinente durante las entrevistas, sin limitar la espontaneidad de las participantes.

Las entrevistas fueron grabadas (con consentimiento previo) y posteriormente transcritas de manera completa y precisa, lo cual garantizó la fidelidad al contenido original. Además, se llevó a cabo una lectura cuidadosa y repetida de cada transcripción para asegurar una interpretación adecuada y contextualizada del discurso.

En cuanto a la encuesta aplicada a profesionales, se diseñaron preguntas abiertas alineadas con los objetivos de la investigación, buscando explorar sus percepciones de forma amplia. Las respuestas se analizaron considerando la coherencia interna de los relatos y se contrastaron con la información teórica y empírica relevante.

Finalmente, se realizó un contraste de perspectivas, al analizar y comparar los datos provenientes de las entrevistas y las encuestas. Esta estrategia contribuyó a una comprensión

más robusta del fenómeno estudiado, al integrar diferentes perspectivas y enriquecer la interpretación de los hallazgos.

Procedimientos para mantener la confidencialidad y protección de los sujetos

Para garantizar la confidencialidad y la protección de las personas participantes, se tomaron diversas medidas éticas a lo largo del proceso de investigación. A las mujeres autistas entrevistadas se les asignaron códigos alfanuméricos que ocultaban su identidad, permitiendo preservar el anonimato en la presentación de los resultados. Además, se les explicó detalladamente el objetivo del estudio y se solicitó su consentimiento informado antes de realizar la entrevista.

En el caso de los profesionales de la salud, aunque la participación no fue anónima, la información recolectada a través de la encuesta se trató con total confidencialidad. Ningún nombre, institución ni dato sensible fue incluido en la redacción de los resultados, y se garantizó que sus respuestas fueran utilizadas únicamente con fines académicos.

Toda la información recolectada se almacenó de forma segura y solo fue accesible para la persona investigadora. Asimismo, se respetaron los principios éticos de la investigación cualitativa, resguardando en todo momento la dignidad, privacidad y autonomía de quienes participaron en el estudio.

Capítulo V: Resultados

Análisis de resultados

Mujeres con diagnóstico tardío de autismo

Se contó con la participación de once mujeres adultas, todas habitantes del Gran Área Metropolitana (GAM), quienes fueron diagnosticadas con autismo en la adultez. La edad promedio de las participantes fue de 32 años (DE = 6.85), con un rango de edades entre los 20 y los 49 años. A continuación se presenta la tabla 1 en la cual se perfilan los mismos:

Tabla 1

Características de las participantes y contexto diagnóstico

Participante	Edad	Edad al recibir el diagnóstico	Cómo llegó al diagnóstico	Código dentro del estudio
CI37	37	35	Diagnóstico de un hijo: Comenzó a sospechar de su propia condición tras el diagnóstico de su hijo.	CI= El camuflaje afectó el sentido de identidad
CI31-EG	31	30	Taller sobre autismo: asistió a taller sobre autismo por su hermano menor y se identificó con la información	CI=El camuflaje afectó el sentido de identidad EG= Cumplía con estereotipos

de género en la
infancia

A34-NE	34	30	Programa de Neurodiversidad en la empresa: a partir de este programa, comenzó a interesarse e investigar sobre el autismo.	A= Altas capacidades NE= No enmascara
A37NE-O	36	32	Diagnóstico oculto en la adolescencia: fue diagnosticada a los 15-16 años, pero su familia ocultó el diagnóstico. Durante una maestría en Inglaterra, recibió apoyo psicológico y adecuaciones, en donde le mencionaron sobre TEA. Al regresar, ingresó al grupo de Adultos Autistas, y le proporcionaron contactos de profesionales.	A= Altas capacidades NE= No enmascara O= diagnóstico oculto en la adolescencia

CI49-EG	49	42	Medios de comunicación: se identificó con información sobre autismo en programas de televisión y videos.	CI=El camuflaje afectó el sentido de identidad EG= Cumplía con estereotipos de género en la infancia
CI25-EG	25	24	Diagnóstico previo de ansiedad: fue diagnosticada con ansiedad, pero junto con su psicóloga notó que muchos rasgos no se explicaban solo por esta condición.	CI=El camuflaje afectó el sentido de identidad EG= Cumplía con estereotipos de género en infancia
A43-NEG-B	43	40	Diagnóstico de hijos y estrés laboral: tras el diagnóstico de sus hijos, asistió a una charla sobre TEA y se sintió identificada. Posteriormente, una crisis de estrés en el trabajo la llevó a buscar ayuda con su psiquiatra.	A= Altas capacidades NEG= No cumplía con estereotipos de género en la infancia B=recibió diagnóstico estando en

				episodio de burnout
A31-EG	31	30	Comentario de su esposo: su esposo mencionaba que podría ser autista. Luego, en una charla laboral sobre TEA, se identificó con la información.	A= Altas capacidades EG= cumplía con estereotipos de género en la infancia
CI41-B-EG	41	40	Burnout y despido laboral: tras ser despedida y experimentar burnout, solicitó una consulta extraordinaria con su psiquiatra, quien confirmó el diagnóstico.	CI=El camuflaje afectó el sentido de identidad B=recibió el diagnóstico estando en burnout= B EG= cumplía con estereotipos de género en la infancia
L34-NEG-DE	34	31	Amiga con autismo: se identificó con publicaciones sobre	

rasgos autistas que compartía una amiga. Luego ingresó a un grupo de adultos TEA, donde le facilitaron contactos especializados.

L= Trastorno Límite
NEG= No cumplía con estereotipos de género en la infancia

DE=
Diagnósticos erróneos previos al de autismo

CI-24 24 20

Dificultades en la vida diaria: aunque había asistido a terapia desde la infancia, fue en la adultez, tras enfrentar dificultades en actividades como tomar el transporte público, que sus padres decidieron llevarla a un neuropsicólogo.

CI= El camuflaje afectó el sentido de identidad

El impacto del diagnóstico en la adultez

Recibir el diagnóstico de autismo en la adultez puede brindar una nueva comprensión sobre experiencias de vida, dificultades y retos previos. Como mencionó una de las participantes: *“Fue como un despertar, como que me quitaran una venda de los ojos, más que todo para mi autoapreciación”* (A43-NEG-B). Además, el diagnóstico brindó un sentido de pertenencia, contrastando con la sensación previa de desconexión con los demás: *“Los que nos han diagnosticado grandes siempre nos sentimos como fuera de, o sea, de otro planeta, como que no pertenecíamos a ningún lado aquí en la tierra. Y nos criticaban mucho nuestras rarezas y nunca encajábamos en ninguna parte”* (CI49-EG).

Asimismo, este proceso de autocomprensión facilitó el desarrollo de autocompasión, como lo expresó otra participante: *“El diagnóstico me dio la oportunidad de autoentenderme, pero sobre todo me dio la oportunidad de autocuidarme”* (CI37).

Muchas de las participantes comentaron sobre la validez que le otorgan al autodiagnóstico, destacando que en espacios como el grupo de Adultos Autistas Costa Rica se acepta a personas auto diagnosticadas. Sin embargo, algunas expresaron que recibir un diagnóstico oficial les brindó una sensación de alivio y validación personal. Como mencionó una de ellas: *“Creo que es liberador que un profesional, alguien que sepa sobre el tema y que tenga las herramientas para diagnosticarte, lo haga. Y usted está completamente segura de que es esta persona, que no tiene nada de malo ser esa persona y que es válido ser esa persona. También permite entender mucho su vida”* (CI-24).

Esto refleja cómo el diagnóstico profesional puede aportar una mayor certeza y autocomprensión, reafirmando la identidad autista y permitiendo resignificar experiencias pasadas. Aunque el autodiagnóstico es una herramienta valiosa, especialmente en un contexto donde muchas mujeres no son identificadas en la infancia, el diagnóstico clínico sigue teniendo

un impacto significativo en la validación personal y la aceptación de la propia neurodivergencia.

Como parte de las entrevistas, se le solicitó a los participantes designar 3 palabras que reflejaran de forma adecuada sus sentimientos al recibir el diagnóstico. Es así que en orden, las palabras mayormente utilizadas fueron las siguiente:

Comprensión/descubrimiento/entendimiento/autoconocimiento (8 menciones), alivio/aliviante (7 menciones), felicidad/alegría(4 menciones), tranquilidad (2 menciones), miedo/susto (2 menciones), liberación/libertad (2 menciones), inicio/emocionante (2 menciones), enojo (1 mención), seguridad (1 mención), empoderador (1 mención), autocompasión (1 mención), pertenencia (1 mención), confirmación (1 mención).

Influencia del entorno en el diagnóstico tardío

La mayoría de las participantes mencionaron que creen o saben que varios de sus familiares también son neurodivergentes, lo que pudo haber influido en que su comportamiento no se percibiera como inusual dentro del entorno familiar, retrasando así la búsqueda de un diagnóstico. Como mencionó una de ellas: *“En mi casa, de verdad que hasta el día de hoy, con mis hermanos, mi mamá e incluso mi familia extensa, hay un montón de neurodivergentes claramente”* (A43-NEG-B).

De manera similar, otra participante señaló que su familia nunca percibió su comportamiento como algo 'fuera de lo normal', ya que sospechan que tanto su madre como su padre también son autistas: *“Supongo que tenemos sospechas de que ella también es autista y mi papá, entonces tal vez por ahí iría el asunto de que nunca vieron algo sumamente extraño en mí”* (CI31-EG).

Estos testimonios sugieren que crecer en un entorno neurodivergente puede hacer que ciertos rasgos autistas pasen desapercibidos dentro de la familia, lo que contribuye a la falta de detección temprana en mujeres con autismo.

Altas capacidades y la dificultad para obtener un diagnóstico temprano

El 36% de las participantes además de recibir un diagnóstico de autismo en la adultez, también han sido identificadas con altas capacidades (A37NE-O, A34-NE, A43-NEG-B, F.B) y destacaron académicamente durante su etapa escolar, llegando incluso a ser el mejor promedio de su colegio: *“Era el primer promedio a nivel de todo Desamparados”* (A31-EG). CI41-B-EG por su parte describe una experiencia similar: *“Me gradué del Cole con el mejor promedio del colegio con bachillerato de honor”*.

La ausencia de deterioro cognitivo en las participantes representó un obstáculo adicional para la identificación temprana del autismo, dado que en muchas mujeres el diagnóstico suele estar condicionado por la presencia de limitaciones cognitivas visibles, lo cual refuerza estereotipos erróneos sobre cómo "debería" manifestarse el autismo.

Una de las participantes describe cómo los estereotipos sobre el autismo influyeron en la falta de reconocimiento de su condición: *"El autista no habla, no escribe, se golpea, se babea los cachetes, ve raro a la gente. Esperan que el autista tenga dificultades cognitivas bastante fuertes"*. (A43-NEG-B).

Este testimonio refleja la percepción errónea de que el autismo debe estar necesariamente acompañado de discapacidad intelectual o dificultades evidentes en el desarrollo, lo que ha llevado a que muchas mujeres dentro del espectro con altas capacidades sean invalidadas en sus diagnósticos. Así, los mitos y la falta de conocimiento sobre la

variabilidad del espectro autista han dificultado el acceso a un diagnóstico oportuno para las mujeres que no encajan en el estereotipo tradicional del autismo.

El sesgo de género en la infancia

Varias participantes expresaron cómo los estereotipos de género influyeron en la forma en que se percibía su comportamiento en la infancia, lo que pudo haber contribuido a que su autismo pasara desapercibido (CI31-EG, CI41-B-EG, CI25-EG). Al ajustarse a las expectativas sociales sobre cómo "debe" comportarse una niña, sus dificultades fueron minimizadas o interpretadas como rasgos esperados en lugar de señales de autismo

Una de las participantes mencionó cómo estos estereotipos moldearon su comportamiento: *“Creo que los estereotipos sobre cómo debe ser una niña o una mujer estaban ahí, entonces eso me fue amoldando a que yo también tenía que ser así. Si en la escuela era callada y no hablaba con mucha gente, eso no se traducía en ¿por qué ella es así?, sino en 'ella es una buena niña porque se comporta como debe ser’”* (CI31-EG).

De manera similar, otra participante explicó cómo ciertos rasgos asociados al autismo, como la timidez o la quietud, eran vistos como cualidades deseables en una niña: *“Que yo fuera callada estaba bien, ¿verdad? No es mal visto que una niña sea tímida o callada o obediente. Eso es lo que se espera de mí”*(CI41-B-EG).

También se destacó cómo las expectativas de género jugaron un papel en la percepción de su comportamiento: *“Sí, CI25-EG se porta súper bien, CI25-EG es súper inteligente, estudia un montón, y creo que también termina estando muy relacionado con el hecho de ser mujer, porque es lo que se espera: que una mujer sea ordenada, inteligente, aplicada...”*(CI25-EG).

Estos testimonios reflejan cómo el sesgo de género influye en la identificación del autismo en mujeres. Rasgos que en niños podrían ser interpretados como señales de dificultades

sociales o emocionales, en niñas suelen verse como muestras de obediencia y responsabilidad, retrasando así el diagnóstico y la comprensión de sus verdaderas necesidades.

Sin embargo, otras participantes expresaron que no calzaban dentro de las expectativas sociales tradicionalmente impuestas a las niñas (A43-NEG-B, L34-NEG-DE). A diferencia de las demás participantes, señalaron que este no fue un factor que influyera en la falta de un diagnóstico temprano, ya que su comportamiento no se ajustaba a los estereotipos de género asociados a la infancia femenina.

Una de ellas mencionó cómo su actitud era percibida como poco femenina: *“No sé, porque me parece que tal vez yo no las cumplía tanto. Me acuerdo que todo el mundo decía que yo era poco femenina”* (A43-NEG-B).

Por su parte, la otra participante destacó cómo su comportamiento desafiaba los ideales de obediencia y sumisión típicamente esperados en las niñas: *“Yo más bien no era una niña callada, no era una niña obediente, tampoco. Yo todo lo cuestionaba”* (L34-NEG-DE).

Señalando que mientras algunas mujeres con autismo lograron camuflarse dentro de los estereotipos de género, otras no encajaban en estas normas, lo que podría haber generado experiencias distintas en la infancia y en el proceso de diagnóstico.

Experiencias en la infancia

Ninguna de las participantes recibió el diagnóstico de autismo durante su infancia. Esta ausencia de identificación temprana tuvo diversas repercusiones en la autoestima, las relaciones sociales y los niveles de ansiedad de las participantes. Para algunas, contar con un diagnóstico temprano les habría permitido comprenderse mejor y recibir el apoyo adecuado desde pequeñas: *“Si hubiese tenido el diagnóstico adecuado, junto con el acompañamiento correcto, creo que habría sido mucho más clara en las cosas que quería y necesitaba desde muy temprano.”* (A37NE-O.)

“Creo que mi salud estaría muchísimo mejor, tanto física como mental, porque sé que, de alguna manera, mi mamá habría intentado adaptar más las cosas a lo que yo realmente necesitaba en ese momento.” (CI-24)

Sin embargo, otras participantes consideran que, al haber crecido en los años 80 y 90, recibir el diagnóstico en la infancia podría haber sido contraproducente debido a la falta de información de la época. Temen que esto hubiera significado una mayor sobreprotección por parte de sus familias o incluso la imposición de tratamientos inadecuados: *“Yo creo que no hubiera cambiado nada o, tal vez, mi mamá habría sido aún más sobreprotectora.” (A31-EG)*

“Si mis papás hubieran sabido que era autista de niña, quizás me habrían sometido a tratamientos innecesarios, o me habrían mandado a una escuela especial. No sé... pienso que mi desarrollo habría sido totalmente diferente.” (CI49-EG)

Estas experiencias reflejan cómo el impacto de un diagnóstico tardío puede variar dependiendo del entorno y las circunstancias individuales. Mientras algunas participantes consideran que recibirlo en la infancia les habría permitido acceder a apoyos adecuados y desarrollar una identidad más clara, otras creen que, debido a la desinformación de la época, el diagnóstico podría haber traído más dificultades que beneficios.

Experiencias con la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS)

Varias participantes relataron experiencias negativas al intentar obtener un diagnóstico de autismo a través de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), evidenciando la falta de conocimiento, los prejuicios y la rigidez institucional en el abordaje del autismo en personas adultas y, particularmente, en mujeres (CI37, A34-NE, CI31-EG, L34-NEG-DE).

Una participante relata cómo se le negó la posibilidad de recibir el diagnóstico debido a estereotipos erróneos sobre lo que implica estar dentro del espectro autista: *“Cuando a mí me diagnosticaron, yo fui a la caja a tratar de que me dieran como el coso en la caja, digamos este. Y la doctora me dijo, legítimamente dice, ‘Vea, usted entró aquí sola hablando, me está viendo los ojos, tiene un esposo y tiene hijos, usted no puede... ah, y trabaja, usted no puede ser autista’”* (CI37).

Otra participante señala la falta de reconocimiento del diagnóstico en personas adultas dentro del sistema: *“Además, para la caja, mágicamente el autismo se nos quita a los 18 años porque no tienen ni siquiera un diagnóstico para meterlo en EDUS”* (A34-NE).

Finalmente, una de las experiencias más graves refiere al uso de lenguaje discriminatorio por parte del personal médico: *“La caja me hizo como exámenes físicos. Determinó que yo no tenía una enfermedad física y tampoco, acá uso las palabras de la doctora, ‘tampoco es mongolita’”* (CI31-EG).

Estos testimonios evidencian una profunda necesidad de formación y sensibilización sobre el espectro autista en la atención pública, especialmente en el contexto del diagnóstico en mujeres adultas.

Experiencias durante el proceso de evaluación diagnóstica

Las experiencias de las participantes durante el proceso de evaluación diagnóstica fueron diversas y reflejan cómo el enfoque profesional puede incidir significativamente en la percepción, comprensión y aceptación del diagnóstico. Algunas describieron evaluaciones cálidas y colaborativas, donde se sintieron escuchadas y acompañadas. Por ejemplo, una participante relató que su proceso fue guiado desde una conversación empática, centrada en explorar su historia personal y sus experiencias sensoriales: *“Él lo hizo como modo de*

conversación y me preguntaba cosas... cómo me había sentido yo de niña, que cómo me iba... me hacía preguntas como con los temas sensoriales, que las comidas, que las sensaciones, que si el calor, que el frío, que cómo era mi ropa” (A43-NEG-B).

Otro testimonio destaca la amplitud del abordaje evaluativo, donde se aplicaron múltiples pruebas para obtener una comprensión integral del perfil de la persona, más allá de una única etiqueta diagnóstica: *“Ella aplica una batería de pruebas como de 11 pruebas diagnósticas... evalúa para atención divergente, evalúa para TLP, para un montón de cosas... el coeficiente intelectual, pero basado en las inteligencias múltiples” (L34-NEG-DE).*

Sin embargo, no todas las experiencias fueron positivas. Algunas participantes señalaron procesos poco éticos, en los que no se les comunicó su diagnóstico de manera clara ni se les involucró adecuadamente. Tal fue el caso de S.G., quien expresó: *“La primera que me evaluó... nunca me reveló realmente el diagnóstico... era muy amable. No puedo hablar mucho de su ética. Yo tenía derecho a saber mi diagnóstico”.* Estos relatos evidencian la importancia de la transparencia, la ética y la validación emocional en un proceso que puede tener un fuerte impacto en la identidad de la persona.

Más adelante, en la adultez, esta misma participante sí vivió un proceso diagnóstico positivo, donde se sintió acompañada y respetada: *“Con la neuropsicóloga que me diagnosticó fue completamente un proceso muy de la mano, muy cálido, súper acompañado” (A37NE-O).* Esta diferencia evidencia cómo el abordaje humano, ético y sensible por parte del profesional puede transformar profundamente la experiencia diagnóstica.

Estas experiencias reflejan que el modo en que se realiza una evaluación no solo cumple una función diagnóstica, sino que también puede constituirse como un espacio reparador, de validación o, por el contrario, como una experiencia más de invisibilización.

Efectos de diagnósticos erróneos

La mayoría de las participantes indicaron haber recibido otro diagnóstico junto con el de autismo. Sin embargo, una de ellas mencionó haber pasado por múltiples diagnósticos erróneos antes de obtener el adecuado: *“Yo pasé por todo el DSM-5, digamos, y me sacaron todo menos el autismo. Digamos que lo único que pegaron en la caja fue el de ansiedad generalizada y el límite de la personalidad”*. (L34-NEG-DE)

Este testimonio refleja la dificultad que enfrentan muchas mujeres para recibir un diagnóstico de autismo en la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), en gran parte debido a la falta de conocimiento sobre la presentación del autismo en mujeres adultas. La confusión generada por estos diagnósticos erróneos también impactó su percepción sobre sí misma, como expresó: *“Pues sí, la verdad es que sí afectan bastante porque cuando usted llega y le dicen: No, es que es esto, no, es que es esto, no, es que es esto, yo me sentía como la persona más crazy loca de este mundo, ¿verdad?”* (L34-NEG-DE).

Este caso ejemplifica cómo el sesgo en la evaluación clínica puede llevar a diagnósticos incorrectos, lo que no solo retrasa la identificación del autismo, sino que también puede generar un impacto negativo en el bienestar emocional de las mujeres que buscan respuestas sobre su neurodivergencia.

El camuflaje y sus efectos

El camuflaje o *masking* impacta significativamente la autopercepción, la identidad y el autoconcepto en mujeres con autismo, influyendo en la forma en que se comprenden a sí mismas y en su sensación de autenticidad. Para algunas (CI41-B-EG, L34-NEG-DE, CI24, A43-NEG-B) el esfuerzo constante de enmascarar su comportamiento consume gran parte de su energía, afectando su regulación emocional y aumentando la probabilidad de experimentar

meltdowns. Como expresó una participante: “*Cuando tengo que enmascarar por mucho tiempo, toda mi energía está en el parecer normal y no tanto en manejar mis emociones. Entonces es muchísimo más probable que yo tenga un meltdown cuando estoy enmascarando que cuando no*” (CI41-B-EG).

Además de su impacto en la identidad y la autoaceptación, el camuflaje también se asocia con consecuencias significativas en la salud mental. Algunas participantes señalaron que la presión de enmascarar constantemente desde la infancia contribuyó al desarrollo de trastornos como la ansiedad y la depresión. Una de ellas compartió: “*El doctor me explicó que a mí la depresión crónica y el trastorno de la ansiedad yo los desarrollé desde muy pequeña, desde los 9 años de edad, por lo mismo, porque era mucha presión para una niña, 9 años, digamos, por estar haciendo masking todo el tiempo*” (L34-NEG-DE).

Esta dificultad para dejar de enmascarar, incluso después del diagnóstico, genera frustración en algunas mujeres dentro del espectro, quienes desean mostrarse de manera más auténtica pero encuentran barreras internas para hacerlo. Como expresó otra participante: “*Termino sintiéndome como que me fallo a mí misma, porque ya llevé muchos años haciéndolo y yo quería, digamos que con el diagnóstico y todo, poder cambiar esa parte. Pero no se puede hacer 100%*” (CI-24).

Si bien nueve de las participantes compartieron sus experiencias con el camuflaje, dos de ellas señalaron no haber aprendido a enmascarar desde una edad temprana. Una de ellas explicó que no desarrolló esta estrategia debido a que creció en un entorno educativo inclusivo, donde se brindaba atención especializada a niños con dislexia, TDAH y autismo: “*No sé enmascarar, como estuve en esa escuela no aprendí, entonces más bien mis problemas se agravaron porque no sé*” (A34-NE).

Por otro lado, una participante atribuyó la ausencia de camuflaje en su vida a su estilo de crianza, el cual fomentaba la autenticidad y la expresión genuina de su personalidad. Lejos de considerar esta falta de camuflaje como una desventaja, más bien la entiende como un efecto natural y positivo de haber crecido en un entorno que le permitió ser ella misma: *“Algo particular que pasó con esa forma de criarme es que yo nunca enmascaré a raíz de eso, yo no enmascaro”* (A37NE-O).

Estas diferencias en la adopción del camuflaje sugieren que factores contextuales como el ambiente educativo y las prácticas de crianza influyen en la presión o necesidad de enmascarar comportamientos autistas desde edades tempranas. A su vez, muestran que el enmascaramiento no es entendido de forma uniforme, ya que algunas mujeres lo ven como una estrategia necesaria pero agotadora, mientras que otras, al no haberlo desarrollado, no lo consideran parte de su experiencia ni como algo problemático.

Pérdida y reconstrucción de la identidad

Uno de los efectos del camuflaje en la vida de las mujeres con autismo en este estudio, consiste en la pérdida del sentido de identidad, debido a que, al intentar encajar en los estándares sociales, se genera una distorsión de la propia percepción. Varias participantes expresaron dificultades para diferenciar entre su verdadera identidad y los patrones de comportamiento que habían construido para adaptarse a las expectativas del entorno. Como mencionó una de ellas: *“Había construido como una muñeca que se llamaba CI37 y que actuaba de la forma en la que todo el mundo quería que actuara. Y ahora que ya trato de no hacer eso, es como ok, pero entonces ¿quién era yo?”* (CI37).

Esta confusión sobre la identidad también se refleja en la dificultad para distinguir hasta qué punto ciertas actitudes forman parte de su *yo* auténtico o son el resultado del enmascaramiento subsecuente a lo que consideran presiones del entorno: *“Todavía no estoy*

segura dónde empiezo a enmascarar y dónde soy yo. Es muy difícil porque es una cuestión de toda la vida” (CI41-B-EG).

Otra participante explicó cómo el *masking* la llevó a moldear su comportamiento según las personas con las que interactuaba, al punto de sentir que no tenía una identidad propia: *“No sabía quién era en realidad, no tenía como una personalidad porque básicamente yo me iba adaptando al grupo de personas. Iba nada más imitando. Entonces yo era como con las personas que estuvieran en ese momento” (L34-NEG-DE).*

Lo anterior ejemplifica el cómo el camuflaje no sólo es una estrategia de adaptación social para muchas mujeres en esta condición, sino también una experiencia con profundas repercusiones en la identidad, la salud mental y la autoaceptación de las mujeres con autismo. Si bien algunas participantes han conseguido reducir el enmascaramiento desde que recibieron el diagnóstico, otras viven este proceso con ambivalencia. Aunque desean mostrarse de forma más auténtica, también reconocen que dejar de enmascarar completamente no siempre es posible ni seguro, lo que puede generar frustración y sentimientos de desconexión consigo mismas.

Relaciones interpersonales y autenticidad tras el diagnóstico

Como parte del proceso de dejar de camuflarse después de recibir el diagnóstico, la mayoría de las participantes expresaron que han comenzado a experimentar amistades más genuinas al permitirse ser ellas mismas. Esto ha llevado a cambios en sus relaciones interpersonales, priorizando vínculos en los que puedan mostrarse sin agotamiento ni esfuerzo constante por encajar.

A43-NEG-B describe cómo el diagnóstico le ha permitido elegir mejor sus relaciones: *“Después del diagnóstico, tiendo a relacionarme con gente con la que puedo ser yo misma, con*

la que no me voy a cansar, porque entonces, ¿para qué carajos voy a salir yo con alguien o compartir con alguien que lo que hace es robarse mi energía?"

Algunas participantes (CI49-EG, A37NE-O, CI25-EG) también mencionaron haber terminado ciertas amistades tras darse cuenta de que no sentían el espacio para ser auténticas. A37NE-O señaló que ha tenido que alejarse de personas cuyas actitudes no validaban su neurodivergencia: *"Sí, he tenido amistades de las cuales me he tenido que alejar. Eso sí, ha pasado más que todo por ser amistades poco neuroafirmativas"*.

CI25-EG reflexionó sobre cómo el masking sostenía ciertas relaciones que, en realidad, no la representaban: *"Me di cuenta de muchas amistades que estaba manteniendo simplemente a punta de masking. O sea, eran personas que en realidad yo decía: 'Esta persona no me conoce para nada'. Lo que conocen es la versión de mí que yo muestro, pero no soy yo. Y muchas veces eran grupos de personas con los que me sentía mal siendo esa persona. Es como que no, esto no soy yo"*.

Empoderamiento a través del diagnóstico: Abogar por acomodaciones

Con la recepción de un diagnóstico, muchas de las participantes tuvieron la posibilidad de reconocer y defender sus necesidades en espacios académicos y laborales. Este proceso les permite solicitar las adaptaciones necesarias para desenvolverse de manera óptima en su entorno.

CI37 expresa cómo el diagnóstico le permitió sentirse más segura al pedir las acomodaciones que necesita: *"Sentirme empoderada en poder pedir las cosas que necesito"*.

Asimismo, comparte una experiencia en la que exigió un cambio en los audífonos proporcionados en su trabajo, al no ser adecuados para sus necesidades sensoriales: *"De las primeras cosas que yo dije cuando entré es: 'Esos audífonos que ustedes me dieron no me*

sirven. No me sirven, entonces me tienen que decir qué vamos a hacer, porque yo no tengo unos audífonos que me sirvan para trabajar, porque yo tengo este y este problema".

Sin embargo, varias participantes mencionaron que, a pesar de sentirse más empoderadas para pedir estas adaptaciones, enfrentan obstáculos en sus entornos debido a la desinformación y al cuestionamiento constante sobre la legitimidad de sus necesidades.

L34-NEG-DE describe cómo las solicitudes de acomodaciones pueden ser invalidadas en el ámbito laboral: *"Se nos cuestiona más el hecho de '¿por qué usted necesita esto?', por ejemplo, en el trabajo: '¿Por qué usted necesita unos audífonos especiales y yo no?'".*

CI-24 comparte una experiencia similar en la que su diagnóstico fue puesto en duda debido a su desempeño académico: *"Me dijeron: '¿Usted es autista? No parece. ¿Por qué, si viene aquí, sale bien en los exámenes y hace esto y hace lo otro?'".* (esto ocurrió cuando presentó su diagnóstico en la universidad con el fin de solicitar una adecuación no significativa).

Estos testimonios reflejan el desafío que enfrentan las mujeres con autismo al solicitar acomodaciones en espacios donde aún persisten estereotipos sobre cómo "debería" manifestarse el autismo, lo que refuerza la importancia de una mayor sensibilización y educación sobre la neurodivergencia en entornos laborales y educativos.

Autocomprensión y autocuidado tras el diagnóstico

El haber recibido el diagnóstico, permitió a las participantes desarrollar un mayor nivel de autoconocimiento, identificando qué situaciones, ambientes o interacciones les resultan incómodas o agotadoras. A partir de esto, pueden establecer estrategias de autocuidado que les ayuden a gestionar su energía y bienestar.

A43-NEG-B explica cómo el diagnóstico le ha dado herramientas para regular su energía y prepararse ante situaciones demandantes:

"Después del diagnóstico, ya yo me puedo medir, o sea, puedo saber hasta dónde. Y si me voy a ver obligada a hacer algo, porque pues ¿qué me queda? Entonces yo ahorro energía, me acuesto temprano, me tomo un tecito, tomo CBD, me tomo la medicación bien temprano, pero digamos, me preparo".

Por su parte, CI41-B-EG menciona cómo ha aprendido a permitirse espacios de descanso y evitar la sobreexposición social:

"Desde el diagnóstico he sentido el espacio para regresar un poco más a esa niña, un poco más aparte, a tomarme más espacio entre socializaciones".

Lo anterior muestra cómo el diagnóstico ha permitido a las participantes reconocer sus límites en distintas situaciones y dar prioridad a sus momentos de descanso.

Sentido de pertenencia y comunidad

Las participantes han expresado que recibir el diagnóstico no solo les brindó una mayor comprensión sobre sí mismas, sino que también les permitió encontrar una comunidad con la que se identifican, generando un fuerte sentido de pertenencia. (CI41-B-EG, CI49-EG, CI-24, CI37. L34-NEG-DE, A34-NE)

CI49-EG. describió esta experiencia como algo liberador: *"O sea, y finalmente decir mirá, sí, tengo una tribu, sí, pertenezco a algún lado. Entonces eso, no sé, es como liberador, liberador".*

Por su parte, A43-NEG-B expresó el alivio de saberse parte de una comunidad en la que ya no se siente fuera de lugar: *"Ay, sí, no soy un bicho raro, ¿verdad? Entonces, claro, claro, claro que me identifico bastante"*.

CI-24 destacó cómo compartir vivencias y actitudes con otras personas dentro del espectro le ha permitido normalizar su propia experiencia: *"El hecho de tener muchas cosas en común, vivencias, actitudes y entendernos mutuamente me hace sentir que uno no está solo y que, pues, todo es muy normal realmente"*.

Estos testimonios reflejan la manera en la que el diagnóstico representa una oportunidad para conectar con otros, reforzando la identidad y el bienestar emocional de las mujeres con autismo.

Profesionales en el diagnóstico de autismo

La encuesta fue respondida por 9 profesionales en el área de la salud mental y evaluación neuropsicológica. A continuación se presenta la tabla 2 en la cual se perfilan los mismos:

Tabla 2

Perfil de profesionales participantes en la evaluación del TEA

Profesional	Años de experiencia	Género	Designación profesional
T39-4-6F	4-6	F	Psicóloga
Q33-4-6F	4-6	M	Psiquiatra
Q38-4-6NF	4-6	F	Psiquiatra

C34-4-6F	4-6	F	Neuropsicóloga
T27-1-3F	1-3	F	Psicóloga
T38-7-10F	7-10	M	Psicólogo
TS59-10F	10	F	Psicóloga y psicopedagoga
Q32-4-6NF	4-6	M	Psiquiatra
TC35-10F	10	F	Psicóloga y neuropsicóloga

Nota: Elaboración propia. Los códigos se componen inicialmente de una letra referente a si se trata de un psiquiatra (Q) o psicólogo (T), neuropsicólogo (C), seguido por la edad del profesional, el rango de los años de experiencia con que cuenta y finalmente con una F si cuenta con formación sobre autismo en mujeres, o NF en caso contrario.

En relación con la experiencia profesional en evaluación de autismo, el 55.6% reportó tener entre 4 y 6 años de experiencia, el 22.2% más de 10 años, el 11.1% entre 7 y 10 años, y el 11.1% restante entre 1 y 3 años.

Un dato relevante es que el 77.8% de los profesionales indicó haber recibido formación específica sobre autismo en mujeres, lo que sugiere una creciente atención hacia este tema dentro del ámbito profesional. Además, todos los encuestados (100%) coincidieron en que el sesgo de género influye en el diagnóstico del autismo en mujeres, lo cual refuerza la pertinencia de esta investigación.

Factores que contribuyen al diagnóstico tardío del autismo en mujeres

Ante la pregunta sobre los factores que pueden contribuir a que el autismo en mujeres pase desapercibido o sea diagnosticado de forma tardía, los y las profesionales participantes señalaron diversas razones relacionadas tanto con aspectos individuales como con el enfoque predominante en los procesos diagnósticos.

Una profesional señaló que esto se debe a *“diferencias en la manifestación de síntomas, mayor capacidad de enmascaramiento, sesgos diagnósticos basados en estudios con varones y el desarrollo de habilidades sociales compensatorias”* (T27-1-3F). Otra profesional añadió que las comorbilidades también influyen, ya que *“los niveles más altos en la ansiedad y depresión pueden complicar el diagnóstico y llevar a que se enfoquen más en estos trastornos en lugar de reconocer el autismo”* (TS59-10F).

Herramientas utilizadas para el diagnóstico del autismo

Los resultados de la encuesta muestran una diversidad en el uso de herramientas para el diagnóstico del autismo por parte de los profesionales encuestados. Un 22.2% indicó utilizar únicamente el ADOS-2, mientras que otro 22.2% mencionó basarse en la entrevista clínica como herramienta principal.

Un 11.1% señaló que combina la entrevista clínica con el uso del ADOS-2 en casos de duda diagnóstica, especificando que *“casi que solo envío mujeres a las pruebas, por la misma dificultad diagnóstica”*, lo que evidencia una percepción de mayor complejidad al evaluar a mujeres.

Otro 11.1% afirmó que utiliza una variedad de herramientas, ya que consideran que *“se requiere una amplia evaluación”* para llegar a un diagnóstico certero. Asimismo, un 11.1% indicó emplear tanto ADOS-2, ADI-R, entrevistas clínicas como otras pruebas adicionales, y

otro 11.1% mencionó el uso de entrevistas a profundidad basadas en guías del enfoque neuroafirmativo. Finalmente, un 11.1% marcó la opción de “todas las anteriores”, reflejando un abordaje integral y multidimensional.

Esta variedad de respuestas refleja la diversidad de criterios diagnósticos y enfoques profesionales, y destaca la importancia de contar con herramientas sensibles a las particularidades de género y al espectro amplio de manifestaciones del autismo.

Percepción sobre la efectividad de las herramientas diagnósticas actuales

El 44.4% de los profesionales considera que las herramientas diagnósticas actuales son efectivas para identificar el autismo en mujeres, mientras que el 33.3% opina lo contrario. Uno de ellos señaló que la eficacia depende en gran medida *“de la pericia y conocimientos de la persona evaluadora tanto en procesos neurocognitivos normativos, clínicos y en materia de género”* (TS59-10F). Otro profesional destacó que *“el problema desde mi perspectiva viene asociado más a reconocer la probabilidad, por ejemplo, el tamizaje. Si no se sospecha, no se diagnostica”* (Q38-4-6NF). Estas afirmaciones apuntan a que el uso de instrumentos diagnósticos resulta clave, siempre que se acompañe de una interpretación informada y sensible a las diferencias de género.

Ajustes en la práctica clínica ante el sesgo de género

La mayoría de los profesionales indicó haber adaptado su evaluación clínica para identificar mejor el autismo en mujeres. Una de las profesionales explicó que lo ha hecho *“incorporando todas las consideraciones de enfoques recientes que se alejan de lo denominado ‘espectro del autismo’ y que se enmarcan dentro del modelo neuroafirmativo”* (C34-4-6F).

Otra profesional señaló que ajusta su evaluación *“a cada persona que consulta.*

Personas trans y NB también tienen manifestaciones distintas, sobre todo cuando han vivido situaciones de violencia” (TS59-10F). (Se considera que la profesional se refiere a personas no binarias). En este caso, la profesional hace alusión a que las personas trans y no binarias pueden presentar formas particulares de expresar sus características autistas, posiblemente influenciadas por experiencias de discriminación, violencia o por el esfuerzo constante de adaptación social, lo cual puede afectar la forma en que se manifiestan los rasgos del espectro autista.

Finalmente, se destacó la importancia de prestar atención a aspectos menos visibles, ya que *“las mujeres autistas tienden a presentar mayores niveles de ansiedad, hipersensibilidad emocional y perfeccionismo. Por esta razón, dedico tiempo a explorar las experiencias subjetivas de sobrecarga sensorial, rigidez cognitiva y malestar en entornos sociales” (T38-7-10F).*

Herramientas y Estrategias para Detectar el Camuflaje en la Evaluación del Autismo

En relación con el uso de herramientas o preguntas específicas para detectar el camuflaje en las evaluaciones, los profesionales consultados brindaron diversas perspectivas. Un entrevistado destacó que, aunque reconoce la existencia de este fenómeno, considera que: *“insisto que mi mejor herramienta es la experiencia adquirida en los procesos” (TS59-10F)* subrayando la importancia de *“tener mucho cuidado”* al abordar este aspecto en las evaluaciones.

Por otro lado, otros profesionales mencionaron herramientas concretas para identificar el camuflaje en sus evaluaciones. Un entrevistado indicó el uso del Camouflaging Autistic Traits Questionnaire (CAT-Q) como una herramienta específica para evaluar este fenómeno,

además de recurrir a preguntas abiertas y específicas durante las entrevistas clínicas: *“que permiten identificar conductas de enmascaramiento”* (T38-7-10F).

Otro profesional destacó que, además de las herramientas específicas, también se puede analizar: *“el lenguaje, la expresión emocional y el uso de historias sociales como para evaluar la compensación social”* (T27-1-3F) utilizadas por los individuos durante el proceso de evaluación.

Propuestas para la Mejora de los Instrumentos Diagnósticos en Mujeres

Los profesionales encuestados coincidieron en la necesidad de ajustar los instrumentos diagnósticos actuales para mejorar la identificación del autismo en mujeres, dado que muchas herramientas han sido desarrolladas y validadas principalmente en poblaciones masculinas. Se señala que esto puede llevar a una subrepresentación de las características femeninas dentro del espectro autista, así como a diagnósticos erróneos o tardíos.

Una de las recomendaciones más destacadas fue la incorporación de criterios específicos para mujeres, así como una mayor atención a las conductas de enmascaramiento social. T27-1-3F enfatiza que los instrumentos deberían *“incluir criterios específicos para ellas, evaluar el enmascaramiento social, considerar comorbilidades como ansiedad y depresión, usar enfoques cualitativos y observacionales, y adaptar los criterios según la edad”*. Este señalamiento pone en evidencia la necesidad de una evaluación más holística y sensible a las particularidades del desarrollo femenino dentro del espectro.

En la misma línea, Q38-4-6NF sugiere un cambio de paradigma en la forma en que se realiza la evaluación: *“Deberíamos dejar de evaluar a las mujeres con criterios que han sido estudiados en hombres. Tomar en cuenta el rol social y la interacción real de esa niña en dicha*

sociedad". Esta respuesta resalta la importancia de considerar los factores contextuales y culturales que pueden influir en la expresión del autismo, especialmente en niñas y mujeres que aprenden a ajustarse a las expectativas sociales desde edades tempranas.

Desafíos en el diagnóstico del autismo en mujeres

Los profesionales encuestados señalaron varios desafíos importantes al momento de diagnosticar autismo en mujeres, los cuales van desde limitaciones estructurales del sistema de salud hasta obstáculos derivados de la formación profesional y los sesgos diagnósticos.

Uno de los principales retos mencionados fue la falta de tiempo suficiente en consulta, así como la presión por parte de las familias para obtener un diagnóstico rápido. Como expresa Q33-4-6F, *"poco tiempo de consulta disponible. Exigencias de padres a diagnósticos en pocas atenciones"*. Estas condiciones pueden comprometer la calidad de la evaluación y dificultar la identificación de aspectos más sutiles, como el enmascaramiento o las particularidades del perfil femenino en el espectro autista.

Otro desafío frecuente es la alta tasa de diagnósticos erróneos, en particular con el trastorno de personalidad límite, lo que puede retrasar el acceso a un diagnóstico adecuado. Q38-4-6NF señala: *"muchas llegan a la consulta con diagnóstico erróneo de trastorno de personalidad límite"*, una afirmación que coincide con lo reportado en la literatura sobre la superposición de síntomas y la frecuente patologización de la expresión emocional femenina.

Además, se destaca la falta de formación especializada en autismo con enfoque de género como una barrera significativa. TS59-10F advierte sobre *"la iatrogenia de evaluar sin tener el conocimiento para realizar una valoración, sin tener la formación especializada para realizar valoraciones, como el no tomar en cuenta un enfoque género - sensitivo en abordajes y evaluaciones"*. Esto evidencia la necesidad urgente de capacitar a profesionales en

evaluaciones que integren la perspectiva de género y reconozcan la diversidad en la presentación del autismo.

Frecuencia de diagnósticos erróneos previos al diagnóstico de autismo

La mayoría de las personas encuestadas (88.9%) señaló que con frecuencia ha atendido casos en los que mujeres recibieron diagnósticos erróneos antes de llegar al diagnóstico de autismo. Además, un 11.1% indicó que esto ocurre casi siempre. Estos datos reflejan una tendencia preocupante que evidencia las dificultades persistentes en el proceso diagnóstico, particularmente en mujeres, y subraya la importancia de revisar y actualizar los criterios e instrumentos utilizados para lograr una evaluación más precisa y sensible a las diversas formas en que se manifiesta el autismo.

Influencia de los estereotipos de género en el diagnóstico

Ante la pregunta sobre si los estereotipos de género influyen en la identificación y diagnóstico del autismo en mujeres, la mayoría de las personas profesionales afirmaron que sí (T39-4-6F, Q33-4-6F, Q38-4-6NF, C34-4-6F, T27-1-3F, T38-7-10F, TS59-10F, TC35-10F). Se destacó que las ideas preconcebidas sobre cómo “debe ser” una niña pueden ocultar o distorsionar la percepción de conductas autistas.

Una de las profesionales expresó: *“Sí, ya que la sociedad espera que una niña sea ‘calladita y tranquila’ y cuando se desregula es ‘hormonal y berrinchuda’, haciendo que muchas familias y docentes pasen síntomas desapercibidos, por puro estereotipo.”* (Q38-4-6NF)

Otra respuesta hizo énfasis en la tendencia a aplicar etiquetas erróneas basadas en el género: *“Sí, se suelen aplicar categorías diagnósticas como el trastorno límite de la personalidad, únicamente porque la persona es mujer, y no se indaga más allá.”* (C-34-4-6F)

Sin embargo, también se presentó una perspectiva distinta. Un profesional mencionó: *“No considero esto, creo que el problema viene desde lo biológico, las mujeres tienen las capacidades biológicas para enmascarar, el hombre no.”* (Q32-4-6NF).

Este comentario se refiere a la consideración de que el sesgo en el diagnóstico no es propiamente de género, sino un sesgo en cuanto al sexo biológico (en la contraposición entre género como construcción social y el sexo como un aspecto biológico), en el tanto la literatura científica se ha centrado en muestras con personas de sexo masculino, lo cual, para el participante es la causa de los errores diagnósticos frecuentes en el caso de las mujeres. Es decir, que no se trata de sesgos diagnósticos que pasen por estereotipos, sino más bien por sesgos diagnósticos que pasan por investigaciones sesgadas durante años en la literatura.

Limitaciones percibidas en los criterios diagnósticos para mujeres

Ante la consulta sobre si los criterios diagnósticos actuales reflejan adecuadamente el autismo en mujeres, un 66.7% de las personas profesionales encuestadas respondió que no, mientras que solo un 33.3% consideró que sí lo hacen.

Estos datos sugieren que existe una percepción mayoritaria de que los criterios diagnósticos tradicionales no logran captar de forma precisa las manifestaciones del autismo en mujeres. Esto podría deberse a que muchos de los instrumentos y marcos teóricos han sido desarrollados a partir de estudios centrados en poblaciones masculinas, lo que deja fuera las presentaciones más sutiles, internalizadas o enmascaradas que suelen observarse en mujeres autistas.

Recomendaciones profesionales sobre la consideración del sesgo de género en el diagnóstico del TEA

Los profesionales participantes de la encuesta coincidieron en la relevancia de abordar el sesgo de género al diagnosticar el TEA en mujeres, destacando la importancia de reconocer las dinámicas sociales y biológicas involucradas. Según T27-1-3F., *“es fundamental que los profesionales reconozcan el sesgo de género en el diagnóstico del TEA para evitar que muchas mujeres pasen desapercibidas o sean diagnosticadas tardíamente”*, lo que pone de manifiesto la necesidad de un enfoque más inclusivo y sensible a las particularidades de género.

Además, C34-4-6F enfatizó la importancia de crear un espacio de confianza para los pacientes: *“Lo que considero oportuno en este punto es que se tomen el tiempo de preguntarle a la persona y generar un espacio seguro para que pueda compartir sus comportamientos, sin ningún tipo de juicio y sin externar conclusiones”*. Este enfoque refleja la necesidad de una evaluación cuidadosa que permita a las mujeres compartir su experiencia sin ser influenciadas por estereotipos.

Sin embargo, también hubo opiniones que cuestionan la existencia de un sesgo de género. Q32-4-6NF, por ejemplo, señaló: *“Creo que no es una cuestión de sesgo de género, porque eso implicaría que el problema esté en un sesgo social. Creo que los estudios en medicina se enfocan en hombres porque hay menos variables a considerar que en mujeres (lo cual está mal obviamente), pero no creo que eso responda a sesgo de género, sino a simplicidad en estudios y el sesgo es biológico al intentar traslapar resultados en hombres con mujeres”*. Esta respuesta sugiere una visión más centrada en las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, pero aún reconoce las limitaciones de los estudios actuales.

Capítulo VI: Discusión

Discusión de resultados

El diagnóstico en la adultez: validación y resignificación de la experiencia

Recibir el diagnóstico de autismo en la adultez permitió a muchas participantes reestructurar su historia personal desde una nueva perspectiva, generando sentimientos de alivio, comprensión y validación (CI37, CI-24, CI49-EG, A43-NEG-B). Este hallazgo coincide con estudios previos que destacan cómo el diagnóstico en etapas posteriores de la vida puede funcionar como una herramienta de autocomprensión y resignificación identitaria (Bargiela et al., 2016; Leedham et al., 2020).

Asimismo, los resultados muestran que aunque el autodiagnóstico fue valorado positivamente en algunos espacios comunitarios, como el grupo de Adultos Autistas Costa Rica, el diagnóstico clínico sigue siendo una fuente clave de legitimación, no solo social, sino también interna. Esto se alinea con lo expuesto por López Biedma y Rojas Ruiz (2021), quienes destacan que las mujeres autistas requieren validación profesional para poder integrar su identidad neurodivergente con mayor seguridad.

Factores contextuales y sociales que retrasan el diagnóstico

El estudio evidenció que crecer en entornos familiares neurodivergentes (CI31-EG, A43-NEG-B) o con altas capacidades (A31-EG, A34-NE, A43-NEG-B, A37NE-O) puede dificultar el reconocimiento temprano de signos de autismo. Esta coincidencia ha sido documentada por Lai y Szatmari (2020), quienes destacan que en mujeres, el buen rendimiento académico y la ausencia de conductas disruptivas suelen ser interpretados como evidencia de "normalidad", retrasando la sospecha diagnóstica.

Además, se confirmó el papel que juegan los estereotipos de género en la invisibilización del autismo en mujeres, ya que rasgos como la timidez, la quietud o la obediencia (CI25-EG, CI41-B-EG, CI31-EG) fueron valorados positivamente durante la infancia, ocultando posibles señales de neurodivergencia. Esto fue ampliamente confirmado por los profesionales encuestados (T39-4-6F, Q33-4-6F, C34-4-6F), quienes afirman que los estereotipos siguen influyendo en la forma en que se interpreta la conducta femenina.

Esta idea se vincula con lo señalado por Sosa e Imhoff (2023), quienes argumentan que las normas de socialización de género en la infancia moldean el comportamiento y la forma en que son interpretadas las conductas divergentes.

El sesgo en los criterios diagnósticos y el debate sobre nuevos enfoques

Un hallazgo relevante fue la percepción compartida por profesionales (66.7%) de que los criterios diagnósticos actuales no reflejan adecuadamente el autismo en mujeres. En este sentido, T27-1-3F y Q38-4-6NF señalaron que los instrumentos existentes están basados en estudios realizados principalmente con varones, lo que limita su sensibilidad para captar formas más sutiles, internalizadas o enmascaradas del espectro.

Frente a esto, algunos profesionales proponen modificar los criterios actuales, incorporando variables como el masking, las comorbilidades (ansiedad, depresión) y los contextos sociales (T27-1-3F). Otros plantean un cambio más radical, hacia modelos alternativos como el enfoque neuroafirmativo (C34-4-6F), que abandona la patologización y se enfoca en comprender las diferencias neurocognitivas sin partir del déficit.

Estos planteamientos invitan a cuestionar la hegemonía del DSM como único marco de referencia, al menos en lo que respecta a la comprensión y evaluación de mujeres autistas.

Considerar nuevos enfoques más inclusivos podría facilitar diagnósticos más tempranos, precisos y respetuosos.

El camuflaje: una estrategia de adaptación costosa

Nueve de las once participantes reportaron haber desarrollado estrategias de camuflaje desde la infancia o adolescencia, lo que tuvo efectos significativos en su salud mental y en la construcción de su identidad (CI41-B-EG, CI24, L34-NEG-DE, A43-NEG-B, CI49-EG). Esto fue señalado también por T27-1-3F y T38-7-10F, quienes subrayan la importancia de explorar la presencia de camuflaje durante la evaluación.

Este resultado es coherente con investigaciones como las de Hull et al. (2017), que han demostrado que el masking está asociado con mayores niveles de ansiedad, depresión y agotamiento emocional en mujeres autistas.

Por otro lado, dos participantes (A34-NE y A37NE-O) señalaron no haber aprendido a camuflar, lo cual estuvo relacionado con contextos educativos o estilos de crianza que validaban su autenticidad. Esto plantea que el camuflaje no es inherente a todas las mujeres con autismo, sino que responde a contextos sociales que ejercen presión para la normatividad. En este sentido, se destaca que una de ellas (A37NE-O) no considera el no enmascarar como un problema, sino como parte de su identidad, lo que introduce una visión alternativa a la narrativa dominante del masking como inevitable o necesario.

Reconstrucción de la identidad y autenticidad en las relaciones

El camuflaje prolongado fue asociado con una distorsión del sentido de identidad en la mayoría de las participantes (CI37, CI41-B-EG, L34-NEG-DE), quienes describieron haber construido versiones de sí mismas que se ajustaban a lo que los demás esperaban. Esta vivencia

está ampliamente documentada en literatura reciente (Leedham et al., 2020), que identifica una “crisis de identidad” como una consecuencia común del diagnóstico tardío en mujeres.

Posterior al diagnóstico, muchas participantes comenzaron a priorizar relaciones que les permitieran ser auténticas (A43-NEG-B, A37NE-O, CI25-EG), y a distanciarse de vínculos sostenidos por el masking. Este hallazgo dialoga con los aportes de Botha et al. (2020), quienes plantean que la validación identitaria y la pertenencia son fundamentales para el bienestar de las personas autistas.

Diagnósticos erróneos y patologización de la expresión femenina

Un dato preocupante es la alta frecuencia de diagnósticos erróneos reportada tanto por las participantes (L34-NEG-DE) como por el 88.9% de los profesionales encuestados. La condición más mencionada como diagnóstico incorrecto fue el trastorno límite de la personalidad (TLP). Este fenómeno ha sido ampliamente discutido por Hens & Langenberg (2018), quienes subrayan cómo el enmascaramiento y los estereotipos de género pueden dificultar una correcta evaluación clínica.

Esta tendencia podría explicarse desde dos perspectivas: por un lado, la superposición sintomática entre TLP y autismo en mujeres (dificultades en relaciones interpersonales, inestabilidad emocional, autolesiones), y por otro, un sesgo de género que tiende a interpretar la angustia femenina bajo marcos psicopatológicos (C34-4-6F).

Este hallazgo pone en evidencia la urgencia de capacitar a profesionales para diferenciar entre estas condiciones y reconocer el trasfondo neurodivergente que puede estar presente en muchas mujeres mal diagnosticadas.

Obstáculos estructurales: CCSS, errores diagnósticos y falta de formación profesional

Los testimonios sobre experiencias negativas con la CCSS (CI37, A34-NE, CI31-EG, L34-NEG-DE) revelan una serie de estereotipos persistentes en la atención pública costarricense, como la asociación del autismo exclusivamente con hombres, niños o personas con discapacidad intelectual. Este hallazgo coincide con investigaciones que señalan la urgente necesidad de actualizar los criterios diagnósticos y capacitar a los profesionales en enfoques más inclusivos (Pearson & Rose, 2021).

Autoconocimiento, autocuidado y empoderamiento

El diagnóstico facilitó un proceso de autoconocimiento y autocuidado para muchas mujeres (A43-NEG-B, CI41-B-EG), quienes comenzaron a reconocer sus límites, gestionar su energía y priorizar actividades que les resultaran emocionalmente sostenibles. Estos hallazgos refuerzan lo señalado por Mandy (2019), quien plantea que el diagnóstico no solo permite adaptar el entorno a la persona, sino que habilita procesos internos de reparación emocional.

Además, algunas participantes reportaron haber comenzado a abogar por sus necesidades en contextos educativos o laborales (CI37, CI-24), aunque también señalaron la resistencia que encuentran en estos entornos para aceptar sus requerimientos. Este punto fue confirmado por la encuesta a profesionales, donde se destacó la falta de sensibilización institucional para comprender las necesidades específicas de las mujeres autistas.

El sentido de comunidad como factor protector

Finalmente, se evidenció que el contacto con otras personas autistas (CI-24, CI49-EG, L34-NEG-DE, A34-NE) representó un punto de inflexión para muchas participantes, al permitirles sentirse comprendidas y acompañadas. Esta conexión con una comunidad neurodivergente actuó como un factor protector frente a años de incompreensión y aislamiento,

coincidiendo con lo expuesto por Kapp (2020), quien subraya el valor del sentido de pertenencia en la salud mental de personas autistas.

Limitaciones

Una de las principales limitaciones del estudio fue la falta de información y sensibilización sobre el autismo en mujeres en Costa Rica. En el contexto costarricense, el conocimiento sobre las manifestaciones del autismo en mujeres sigue siendo limitado, lo cual puede influir en la correcta identificación y diagnóstico del trastorno. Esta falta de formación especializada afecta tanto a los profesionales de la salud como a la sociedad en general, lo que puede contribuir a diagnósticos tardíos o erróneos. Además, al ser un estudio centrado exclusivamente en mujeres adultas diagnosticadas, la muestra fue pequeña y específica, lo que restringe la posibilidad de generalizar los resultados a otras poblaciones o contextos.

Conclusiones

Este estudio tuvo como objetivo explorar el sesgo de género en el diagnóstico de autismo en mujeres adultas diagnosticadas en la adultez, mediante una metodología cualitativa que integró entrevistas en profundidad a once mujeres autistas costarricenses y una encuesta a profesionales de salud mental. Los resultados obtenidos permiten afirmar que dicho sesgo no sólo está presente, sino que opera de forma transversal en distintas etapas del proceso diagnóstico, desde la invisibilización de los signos tempranos hasta la falta de adecuación de las herramientas utilizadas.

Las narrativas de las participantes evidencian un recorrido común marcado por el masking, la sensación de no encajar, diagnósticos erróneos previos y una búsqueda de sentido que culmina, en muchos casos, con el diagnóstico como un punto de inflexión vital. Lejos de ser una etiqueta limitante, el diagnóstico tardío fue experimentado como un acto de validación

y resignificación de sus trayectorias, desafiando así el supuesto clínico de que el diagnóstico temprano es siempre preferible.

Por otro lado, la percepción de los profesionales muestra una mayor apertura hacia modelos diagnósticos neuroafirmativos, pero también revela tensiones y resistencias conceptuales en torno al género. La falta de formación especializada, la escasez de herramientas sensibles al perfil femenino y la persistencia de estereotipos siguen siendo obstáculos importantes.

En conjunto, los hallazgos subrayan la urgencia de repensar las prácticas diagnósticas desde una perspectiva interseccional y contextualizada, que no solo contemple las diferencias de género, sino que también escuche las voces de las propias personas autistas. Además, se reafirma la necesidad de ampliar la investigación cualitativa en este campo, especialmente en contextos latinoamericanos donde la mayoría de estudios siguen reproduciendo modelos importados y poco sensibles a las realidades locales.

Este estudio contribuye así a visibilizar experiencias históricamente silenciadas, propone una crítica al modelo diagnóstico vigente y abre el camino hacia prácticas más éticas, humanas y ajustadas a la diversidad dentro del espectro autista.

Recomendaciones

Para la práctica profesional

- Formación especializada con perspectiva de género y neurodiversidad: Es fundamental que los y las profesionales en salud mental se capaciten en enfoques actualizados sobre el autismo, incluyendo el modelo neuroafirmativo y las particularidades de su expresión en mujeres. Esta formación debe incorporar la crítica al sesgo de género y a los estereotipos tradicionales que aún operan en los procesos

diagnósticos.

- Uso de herramientas diagnósticas sensibles al masking: Se recomienda incluir instrumentos específicos como el *Camouflaging Autistic Traits Questionnaire (CAT-Q)*, así como entrevistas clínicas que exploren el enmascaramiento, la sobrecarga sensorial, las estrategias de adaptación social y la rigidez cognitiva. También es necesario complementar las herramientas estandarizadas con métodos cualitativos, como entrevistas semiestructuradas o análisis narrativo.
- Espacios seguros y validados para las personas consultantes: Los procesos diagnósticos deben desarrollarse en entornos que promuevan la confianza y el respeto, donde las personas puedan expresar su experiencia sin ser juzgadas o invalidadas. Esto implica una actitud profesional ética, abierta, y consciente del poder que tiene el lenguaje y la escucha.
- Reconocimiento de diagnósticos erróneos previos y validación del recorrido individual: Es importante que el proceso diagnóstico no solo se centre en “nombrar” un trastorno, sino también en acompañar a la persona en la reconstrucción de su historia personal, emocional y médica.

Futuras investigaciones:

- Ampliar los estudios cualitativos en población autista adulta: Se requiere mayor investigación que priorice las voces de las personas autistas diagnosticadas en la adultez, para comprender la diversidad de trayectorias diagnósticas y vivencias

asociadas.

- Desarrollar y validar instrumentos diagnósticos sensibles al género: Es necesario generar herramientas clínicas adaptadas que reflejen mejor las características del espectro autista en mujeres y otras poblaciones históricamente invisibilizadas.
- Estudios interseccionales en contextos latinoamericanos: Se recomienda investigar cómo interactúan variables como género, clase social, etnia o acceso al sistema de salud en el proceso diagnóstico del autismo, especialmente en países con limitaciones estructurales y escaso desarrollo en temas de neurodivergencia.

Referencias

- Alcalá, Gustavo Celis, & Ochoa Madrigal, Marta Georgina. (2022). Trastorno del espectro autista (TEA). *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 65(1), 7-20. Epub 30 de marzo de 2022. <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2022.65.1.02>
- Baker, D. L. (2011). *The politics of neurodiversity: why public policy matters*. Lynne Rienner Publishers.
- Begger, S., Mandell, D., Wijnker-Holmes, B., Venderbosch, S., Rem, D., Stekelenburg, F., & Koot, H. M. (2013). Sex differences in the timing of identification among children and adults with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 43, 1151-1156. <https://doi.org/10.1007/s10803-012-1656-z>

- Briones Marrero A. (2022). Autismo, género y performatividad: alteridades enmascaradas. *Estudios LGBTIQ+, Comunicación y Cultura*, 2(2), 203-210. <https://doi.org/10.5209/eslg.81953>
- Brieba-Castillo, V., Calderón-Quilodrán, P., Cancino-Barrenechea, M. A., Cofré-Cáceres, I., & Escobar-Gimpel, V. (2024). Experiencia de una mujer autista respecto a su diagnóstico en la adultez y las implicancias en su desempeño social. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 32, e3640. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoRE279736403>
- Cage, E., Di Monaco, J. & Newell, V. (2018). Experiences of Autism Acceptance and Mental Health in Autistic Adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(2):473-484. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3342-7>
- Carvajal Torres, J., Riveros Del Valle, C., Robinson Aldunate, S., & Farías, V. (2021). Influencia de las expectativas de género en las dificultades diagnósticas en mujeres con Trastorno del Espectro Autista. *Revista de Estudiantes de Terapia Ocupacional*, 8(1), 64-82
- Centers for Disease and Control prevention - CDC. (2020). Data & Statistics on Autism Spectrum Disorder. <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>
- Charlton, J. (1998). Nothing about us without us: disability oppression and empowerment. University of California Press. <https://www.jstor.org/stable/10.1525/j.ctt1pnqn9>.

- Cox, B. E., Thompson, K., Anderson, A., Mintz, A., Locks, T., Morgan, L., Edelstein, J., & Wolz, A. (2017). College experiences for students with autism spectrum disorder: personal identity, public disclosure, and institutional support. *Journal of College Student Development*, 58(1), 71-87. DOI:[10.1353/csd.2017.0004](https://doi.org/10.1353/csd.2017.0004)
- Cruz, S., Zubizarreta, S.CP., Costa, A.D., Araújo, R., Martinho, J., Fungeiriño, M.T., Sampaio, A., Cruz, R., Carracedo, A. & Fernández-Prieto, M. (2024). Is There a Bias Towards Males in the Diagnosis of Autism? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuropsychol Rev.* <https://doi.org/10.1007/s11065-023-09630-2>
- den Houting, J. (2019). Neurodiversity: An insider's perspective. *Autism*, 23(2), 271-273. <https://doi.org/10.1177/1362361318820762>
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 2(7), 162–167. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572013000300009
- Dworzynski, K., Ronald, A., Bolton, P., & Happé, F. (2012). How different are girls and boys above and below the diagnostic threshold for autism spectrum disorders? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(8), 788–797. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.05.018>

- Espinosa, E., Mera, P. y Toledo, D. (2018). Trastorno del espectro autista: caracterización clínica en pacientes de dos centros de referencia en Bogotá, Colombia. *Revista Med*, 26(1), 34-44. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562018000100034#aff1
- Falkmer, T., Anderson, K., Falkmer, M., & Horlin, C. (2013). Diagnostic procedures in autism spectrum disorders: A systematic literature review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22, 329–340.
- Garnica de la Torre, D. y Soto, N. (2021). *El sesgo de género y su incidencia en la detección temprana del trastorno de espectro autista en niñas de 3 a 4 años*. (Tesis inédita de licenciatura). Universidad Laica Vicente Rocafuerte de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador.
- <http://repositorio.ulvr.edu.ec/handle/44000/4804>
- Grove, R., Hoekstra, R. A., Wierda, M., & Begeer, S. (2018). Special interests and subjective wellbeing in autistic adults. *Autism Research*, 11(5), 766-775. <https://doi.org/10.1002/aur.1931>
- Griffin, E. y Pollak, D. (2009). Student experiences of neurodiversity in higher education: insights from the BRAINHE Project. *Dyslexia*, 15, 23-41. <https://doi.org/10.1002/dys.383>.
- Gutiérrez Zubia, A., y Carrillo Saucedo, I. C. (2023). Exploración del enmascaramiento en mujeres autistas y la presencia de sintomatología ansiosa y

depresiva. *Ehquidad: La Revista Internacional de Políticas de Bienestar y Trabajo Social*, (20), 99-110. <https://doi.org/10.15257/ehquidad.2023.0014>

Hervás, A. (2022). GÉNERO FEMENINO Y AUTISMO: INFRA DETECCIÓN Y MIS DIAGNÓSTICOS. *Medicina*, 82(1), 37-42. <https://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v82s1/1669-9106-medba-82-s1-37.pdf>

Hirvikoski, T., Boman, M., Chen, Q., D'Onofrio, B. M., Mittendorfer-Rutz, E., Lichtenstein, P., & Larsson, H. (2020). Individual risk and familial liability for suicide attempt and suicide in autism: a population-based study. *Psychological Medicine*, 50(9), 1463–1474. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291719001405>

Hull, L., Petrides, K. V., Allison, C., Smith, P., Baron-Cohen, S., Lai, M.-C., & Mandy, W. (2017). "Putting on my best normal": Social camouflaging in adults with autism spectrum conditions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(8), 2519–2534. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3166-5>

Jaarsma, P. y Welin, S. (2012). Autism as a natural human variation: reflections on the claims of the neurodiversity movement. *Health Care Analysis*, 20(1), 20-30. <https://doi.org/10.1007/s10728-011-0169-9>.

Kapp, S. K., Steward, R., Crane, L., Elliott, D., Elphick, C., Pellicano, E., & Russell, G. (2019). 'People should be allowed to do what they like': Autistic adults' views and experiences of stimming. *Autism*, 23(7), 1782-1792. <https://doi.org/10.1177/1362361319829628>

- Klin, A., Danovitch, J. H., Merz, A. B., & Volkmar, F. R. (2007). Circumscribed Interests in Higher Functioning Individuals with Autism Spectrum Disorders: An Exploratory Study. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 32(2), 89-100. <https://doi.org/10.2511/rpsd.32.2.89>
- Kreiser, N. L., & White, S. W. (2014). ASD in females: Are we overstating the gender difference in diagnosis? *Clinical Child and Family Psychology Review*, 17(1), 67–84.
- Lai M.-C., Kassee C., Besney R., Bonato S., Hull L., Mandy W., Ameis S. H. (2019). Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 6(10), 819–829. Crossref
- Leicestershire Partnership NHS Trust. (2024, 18 diciembre). *Understanding autistic meltdowns and shutdowns | Autism Space | Leicestershire Partnership NHS Trust*. <https://www.leicspart.nhs.uk/autism-space/health-and-lifestyle/meltdowns-and-shutdowns/>
- Leiva, M. (2020). Mujeres autistas chilenas diagnosticadas en edad adulta: Consecuencias y dificultades durante el proceso. *Psiquiatría y salud mental*, 33(4), 96-101. <https://schilesaludmental.cl/web/wp-content/uploads/2023/04/04.-Mujeres-autistas.pdf>
- Lord, C., Risi, S., Lambrecht, L., Cook, E. H., Leventhal, B. L., DiLavore, P. C., Pickles, A., & Rutter, M. (2012). *Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition (ADOS-2)*. Western Psychological Services.

- Lord, C., Charman, T., Havdahl, A., Carbone, P., Anagnostou, E. (2022). The Lancet Commission on the future of care and clinical research in autism. *The Lancet*, 399(10321), 271–334.
- Martínez-Álvaro, L. (2024). Construir entornos laborales inclusivos y libres de sesgos de género. *Secretaría General Iberoamericana*.
https://www.segib.org/wp-content/uploads/Guia_informativa_sesgos_de_genero_Esp_.pdf
- McCarty, M.J. & Brumback, A. C. (2021). Rethinking Stereotypes in Autism. *Seminars in Pediatric Neurology*, 38, 100897..
<https://doi.org/10.1016/j.spen.2021.100897>
- Megias, A. (2019). Sesgos de género en la Educación Superior en España: propuestas de actuación. *Revista de educación y derecho*.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7089559>
- Mesones Rosemberg, A. (2022). *La ansiedad en mujeres autistas de 14 a 21 años: Un estudio cualitativo* (Tesis inédita de licenciatura, Universidad de Lima). Universidad de Lima, Lima, Perú.
https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12724/15650/Mesones_Rosemberg_Andrea.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- 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, 42-54

- Moseley, R. L., Hitchiner, R., & Kirkby, J. A. (2018). Self-reported sex differences in high-functioning adults with autism: A meta-analysis. *Molecular Autism*, 9, 33. DOI: [10.1186/s13229-018-0216-6](https://doi.org/10.1186/s13229-018-0216-6)
- Palancar, M., Plaza, D. y Dominguez, E. (2024). *Mujer Asperger-TEA Diagnóstico tardío*. (1 Ed.). Federación andaluza de síndrome de asperger. <https://aspergerandalucia.org/wp-content/uploads/2024/09/GUIA-DIAG.-TARDIO-2024-FINALONLINE.pdf>
- Pellicano, E., Dinsmore, A., & Charman, T. (2014). What should autism research focus upon? Community views and priorities from the United Kingdom. *Autism*, 18(7), 756-770. <https://doi.org/10.1177/1362361314529627>
- Reviriego Rodrigo, E., Bayón Yusta, JC., Gutiérrez Iglesias, A. y Galnares Cordero L. (2022). Trastornos del Espectro Autista: evidencia científica sobre la detección, el diagnóstico y el tratamiento. *Ministerio de Sanidad*. https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/osteba_publicacion/eu_def/adjuntos/OSTEBA-115-2021-Trastorno-autista.pdf
- Rowland, D. (2020). The Neurophysiological Cause of Autism. *Journal of Neurology & Neurophysiology*, 11(5), 1-4. <https://www.iomcworld.org/open-access/the-neurophysiological-cause-of-autism.pdf>
- Ruggieri, V., & Arberas, C. (2016). Autismo en las mujeres: aspectos clínicos, neurobiológicos y genéticos. *Revista de Neurología*, 62(Supl. 1), S21–S26. DOI:[10.33588/rn.62S01.2016009](https://doi.org/10.33588/rn.62S01.2016009)

Ruggieri, V. (2024). Autismo y camuflaje. *Medicina (Buenos Aires)*, 84(Supl. I), 37–42.
<https://www.medicinabuenosaires.com/PMID/38350623.pdf>

Ruiz Cantero, M. T. (2009). *Sesgos de género en la atención sanitaria* María Teresa Ruiz Cantero. Escuela Andaluza de Salud Pública.

Runswick-Cole, K. (2014). 'Us' and 'them': the limits and possibilities of a 'politics of neurodiversity' in neoliberal times. *Disability and Society*, 29(7), 1117-1129.

Rutter, M., Le Couteur, A., & Lord, C. (2003). *Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) Manual*. Western Psychological Services.

Rynkiewicz, A., Schuller, B., Marchi, E., Piana, S., Camurri, A., Lassalle, A., & Baron-Cohen, S. (2016). An investigation of the 'female camouflage effect' in autism using a computerized ADOS-2 and a test of sex/gender differences. *Molecular Autism*, 7 (10). <https://doi.org/10.1186/s13229-016-0073-0>

Singer, J. (1999). Why can't you be normal for once in your life? From a problem with no name to the emergence of a new category of difference. En M. Corker (Ed.), *Disability discourse* (pp. 59-67). Open University Press.

Steward, R. L. (2015). Repetitive stereotyped behaviour or 'stimming': An online survey of 100 people on the autism spectrum. Paper Presented at the 2015 International Meeting for Autism Research. Retrieved from <https://insar.confex.com/insar/2015/webprogram/Paper20115.html>

Supekar, K., de los Angeles, C., Ryali, S., Cao, K., Ma, T., & Menon, V. (2022). Deep learning identifies robust gender differences in functional brain organization and their

dissociable links to clinical symptoms in autism. *The British Journal of Psychiatry*, 220(4), 202–209. doi:10.1192/bjp.2022.13

Tafolla, M., Singer, H., & Lord, C. (2025). Autism spectrum disorder across the lifespan. *Annual Review of Clinical Psychology*, 21, 8.1–8.28.

Tajfel, H., y Turner, J.C. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. En W.G. Austin y S. Worchel (Eds.): *The Social Psychology of intergroup relations* (pp. 33-47). Monterey, CA: Brooks- Cole.

Van Grunsven, J. (2020). Perceiving ‘Other’ Minds: Autism, 4E Cognition, and the Idea of Neurodiversity. *Journal of consciousness studies*, <http://resolver.tudelft.nl/uuid:fc73979b-6c0a-45e3-88cb-47be6a9cc2ff>

Zamudio López, A., & Sánchez García, M. (2023). *Estereotipos de género en los procesos de socialización de niños y niñas de seis años en espacios de recreación* (Tesis inédita de maestría). Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia. <https://repositorio.unbosque.edu.co/server/api/core/bitstreams/7e6d6f9b-b267-481a-9914-1dc9c5fe26e8/content>

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado para participantes



FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNIVERSIDAD DE IBEROAMÉRICA

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Influencia del género en la identificación del autismo: Implicaciones del diagnóstico tardío en mujeres

Nombre de la persona investigadora: Manuela Novoa Rengifo

Nombre de la persona participante: _____

Aspectos generales:

1. Responsable del proyecto: Este estudio está siendo desarrollado por Manuela Novoa Rengifo, estudiante de Licenciatura en Psicología por la Universidad de Iberoamérica (UNIBE).

2. Propósitos del proyecto: La presente investigación tiene como finalidad analizar el papel del sesgo de género en el diagnóstico tardío del autismo en mujeres. Para ello, se busca comprender cómo este diagnóstico influye en la construcción de la identidad personal y social de mujeres adultas, así como identificar las estrategias de compensación o camuflaje que pueden haber dificultado su detección temprana.

3. Condiciones de la participación: La participación en este estudio consiste en una entrevista semiestructurada dirigida a mujeres adultas autistas que hayan recibido su diagnóstico en la

adultez. La entrevista se llevará a cabo de manera virtual a través de la plataforma Zoom y tendrá una duración aproximada de una hora. Para garantizar la precisión en el análisis de la información, la entrevista será grabada en audio y posteriormente transcrita. Una vez finalizada la transcripción, la grabación será eliminada.

4. Posibles riesgos de la participación: La participación en este estudio puede conllevar la posibilidad de que surjan temas sensibles o difíciles de abordar, relacionados con experiencias personales que puedan generar incomodidad o malestar emocional. Estos temas podrían incluir, por ejemplo, experiencias de discriminación, diagnósticos tardíos o barreras en la vida cotidiana relacionadas con el autismo. Para minimizar estos riesgos, las entrevistas serán conducidas de manera respetuosa y en un ambiente seguro, garantizando que la participante pueda retirarse de la entrevista en cualquier momento si se siente incómoda o desea interrumpir la conversación. Además, se le brindará la opción de no responder aquellas preguntas que considere demasiado difíciles de abordar.

5. Beneficios de la participación: La participación en este estudio no implica beneficios directos para las personas entrevistadas. Sin embargo, su testimonio contribuirá a visibilizar las experiencias de mujeres autistas diagnosticadas en la adultez, ayudando a generar un mayor conocimiento sobre el impacto del sesgo de género en el proceso de diagnóstico.

Los resultados de esta investigación podrán servir como un aporte para mejorar la comprensión del autismo en mujeres, sensibilizar a profesionales de la salud sobre las barreras en la evaluación y diagnóstico, y fomentar cambios en la manera en que se identifican y apoyan a las mujeres dentro del espectro autista.

6. Datos previos a la autorización: Si elige formar parte de este estudio, contará con los siguientes derechos: a) Participar de manera voluntaria, sin ninguna obligación de responder preguntas con las que no se sienta cómoda. b) Hacer preguntas sobre el estudio y obtener respuestas satisfactorias antes, durante o después de la entrevista. c) Conocer cómo se resguardará la confidencialidad de su información y cómo será utilizada en la investigación. d) Finalizar su participación en cualquier momento sin necesidad de justificar su decisión y sin que esto tenga ninguna consecuencia.

7. Copia del formulario: Siempre se entregará una copia del formulario a la persona participante para su uso personal.

8. Participación voluntaria: Su participación es voluntaria y tiene derecho a negarse a participar o dejar de participar en cualquier momento, sin que ello afecte las garantías que le fueron ofrecidas para minimizar o atender los posibles riesgos que pudieron resultar de su participación en el estudio.

9. Confidencialidad de los datos: La participación en este estudio es completamente confidencial. Toda la información proporcionada será utilizada únicamente con fines académicos y científicos, y en caso de que los resultados sean publicados o divulgados, se garantizará el anonimato de las participantes. Sin embargo, en caso de que durante la entrevista

se mencione alguna situación que implique un riesgo inminente para la integridad de la participante o de terceros, la confidencialidad podría verse limitada para garantizar la seguridad de las personas involucradas

10. Aspectos éticos: Toda actividad o intervención que se realice por parte de estudiantes de la Facultad que funjan como investigadores(as) se registrará además bajo estricto respecto de las disposiciones establecidas en el Reglamento de Orden y Disciplina de los estudiantes de UNIBE y de las disposiciones señaladas en el Código de Ética del Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica.

11. Aspectos legales: La participación en este estudio es completamente voluntaria y no implica la renuncia a ningún derecho legal. Al firmar este documento, la participante conserva todos sus derechos y garantías, de acuerdo con las normativas vigentes.

FIRMA DEL CONSENTIMIENTO

Si firma esta hoja significa que:

- 1) Usted ha leído (o se le ha sido leído) toda la información descrita en este formulario,
- 2) Se le ha explicado adecuadamente las implicaciones de su participación en este estudio
- 3) Ha podido realizar preguntas para aclarar sus dudas y/o preocupaciones al respecto
- 4) Se le han contestado de modo satisfactoria sus preguntas
- 5) Por tanto, accede a participar como sujeto de investigación en este estudio

Nombre,(cédula) y firma de la persona participante fecha

Nombre, cédula y firma del(la) investigador(a) fecha

Anexo 2. Guía de entrevista para mujeres diagnosticadas con autismo en la adultez

Diagnóstico

1. ¿A qué edad recibió su diagnóstico?
2. ¿Qué la llevó a buscar un diagnóstico? ¿Fueron sus propias sospechas o la recomendación de alguien más?
3. ¿Qué tipo de profesional la diagnosticó?

4. ¿Cómo describiría la actitud de los profesionales durante su proceso de evaluación?
5. ¿Cómo fue la experiencia de evaluación y pruebas?
6. ¿Recuerda el nombre de los instrumentos que utilizó el profesional?
7. ¿Qué factores considera que pudieron haber influido en que su diagnóstico se tardara más o fuera difícil de obtener?)
8. Si pudiera describir en 3 palabras el sentimiento de haber recibido el diagnóstico, cuáles serían?

Diagnósticos

erróneos

9. ¿Recibió algún otro diagnóstico antes del diagnóstico de TEA? ¿Cuál o cuáles?
10. ¿Recibió algún tipo de tratamiento o intervención basada en esos diagnósticos? Si es así, ¿cómo lo vivió?
11. ¿Cómo afectaron esos diagnósticos erróneos en su bienestar y autopercepción?

Infancia

12. ¿Cómo recuerda su infancia en términos de emociones y autopercepción?
13. ¿Cómo reaccionaban sus familiares ante sus necesidades o comportamientos que hoy reconoce como parte del autismo?
14. ¿En algún momento le hicieron sentir que debía comportarse de cierta manera para encajar en el entorno familiar o escolar?
15. ¿De qué manera cree que las expectativas sociales hacia las niñas pudieron influir en que no recibiera el diagnóstico en la infancia?
16. ¿Qué cree que habría cambiado en su experiencia infantil si hubiese sido diagnosticada en ese momento?

Camuflaje

17. ¿En qué situaciones se ha sentido obligada a "camuflar" sus rasgos autistas para encajar en ciertos entornos sociales o laborales?
18. ¿Cómo describiría su experiencia con el camuflaje antes y después de recibir el diagnóstico de autismo?
19. ¿Cuáles son algunas estrategias que ha utilizado para adaptarse a situaciones sociales?

20. ¿Cómo le afecta emocional y mentalmente la necesidad de camuflar sus rasgos autistas en la vida cotidiana?
21. ¿Ha sentido que su autenticidad se ve limitada por la necesidad de actuar de una manera socialmente aceptada?
22. ¿Cree que el camuflaje influyó en la dificultad para obtener el diagnóstico de autismo? Si es así, ¿de qué manera?

Autoconcepto e identidad

23. Antes de recibir su diagnóstico, ¿cómo se describiría a usted misma?
24. ¿De qué manera influyó el diagnóstico en su forma de verse a sí misma?
25. ¿El diagnóstico le ayudó a comprender mejor aspectos de su personalidad o experiencias pasadas? ¿De qué manera?
26. ¿Se identifica con la comunidad autista? ¿Por qué sí o por qué no?

Amistades

27. ¿Cómo ha sido su experiencia al formar y mantener amistades a lo largo de su vida?

28. ¿Siente que sus relaciones de amistad han cambiado desde que recibió el diagnóstico de autismo?
29. ¿Alguna vez le han dicho que "no parece autista" en el contexto de sus relaciones sociales? ¿Cómo la ha hecho sentir ese comentario?
30. ¿Qué cualidades valora más en una amistad y qué la hace sentir más cómoda en una relación de amistad?
31. ¿Le ha resultado difícil explicar a otras personas por qué ciertas estructuras o hábitos son importantes para usted?

Relaciones de pareja

32. ¿Cómo describiría su experiencia en relaciones románticas a lo largo de su vida?
33. ¿Qué desafíos ha enfrentado en relaciones de pareja relacionados con la comunicación?
34. ¿De qué manera el diagnóstico de autismo ha cambiado su percepción sobre sus experiencias en relaciones amorosas?

Laboral

35. ¿Cómo ha influido el diagnóstico de autismo en su experiencia laboral hasta ahora?

36. En el contexto laboral, ¿ha sentido alguna vez la necesidad de ajustar su comportamiento o de camuflarse para encajar en el entorno?
37. ¿Ha compartido su diagnóstico en el trabajo? Si no, ¿qué la llevó a tomar esa decisión?
38. ¿Siente que tener un diagnóstico de autismo le ha ofrecido ventajas o le ha dado herramientas para mejorar su desempeño laboral?
39. ¿Qué le gustaría que las instituciones laborales entendieran mejor sobre el autismo en mujeres?

Académico

40. ¿Cómo describiría su experiencia académica a lo largo de su vida?
41. ¿El diagnóstico de autismo le ha permitido comprender mejor ciertos aspectos de su desempeño académico?
42. ¿De qué maneras considera que haber conocido su diagnóstico en la infancia habría cambiado su experiencia educativa?

Reflexiones a futuro

43. ¿Cómo le gustaría que se identificara y se apoyara mejor a las niñas con autismo en la actualidad? (2 min)
44. ¿Qué aspectos del autismo en mujeres cree que deberían ser más conocidos por la sociedad?
45. ¿Qué consejo le daría a una mujer adulta que sospecha que podría ser autista, pero aún no tiene el diagnóstico?

Anexo 3: Encuesta a profesionales

Le invitamos a participar en esta encuesta como parte de mi **Trabajo Final de Graduación**, en el que investigo el **sesgo de género en el diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista (TEA) en mujeres**. El objetivo es conocer su experiencia y percepción sobre la identificación del autismo en mujeres, así como las herramientas utilizadas y los desafíos que enfrenta en el proceso de evaluación.

La encuesta tomará aproximadamente **15 minutos** en completarse y sus respuestas serán utilizadas exclusivamente con fines académicos. Su participación es fundamental para contribuir a una mejor comprensión de este tema y al desarrollo de estrategias que permitan una evaluación más equitativa e inclusiva. Si tiene alguna pregunta o inquietud, no dude en contactarme al siguiente correo: manuelanovoar@gmail.com

1. Nombre
2. Edad
3. ¿Con cuál género se identifica?
 - Femenino

- Masculino
 - Otro
4. ¿Cuál es su profesión?
5. Años de experiencia en evaluación de Autismo
- Menos de 1 año
 - 1-3 años
 - 4-6 años
 - 7-10 años
 - Más de 10 años
6. ¿Ha recibido formación específica sobre autismo en mujeres?
- Si
 - No
7. ¿Considera que el autismo se presenta de manera diferente en mujeres y hombres?
- Si
 - No
8. ¿Cree que el sesgo de género influye en el diagnóstico del autismo en mujeres?
- Si
 - No
 - No estoy seguro
9. ¿Qué factores cree que pueden contribuir a que el autismo en mujeres pase desapercibido o sea diagnosticado tardíamente?
10. ¿Qué herramientas o pruebas utiliza para diagnosticar el autismo?
- ADOS-2
 - ADI-R
 - Entrevista clínica

- Otro:
11. ¿Considera que las herramientas diagnósticas actuales son efectivas para identificar el autismo en mujeres?
- Si
 - No
 - Otro:
12. ¿Ha adaptado su evaluación clínica de alguna manera para identificar mejor el autismo en mujeres? ¿Cómo?
13. ¿Utiliza herramientas o preguntas específicas para detectar camuflaje en sus evaluaciones? Si es así, ¿cuáles?
14. En su opinión, ¿Qué aspectos deberían mejorarse o añadirse en los instrumentos diagnósticos actuales para que sean más efectivos en la identificación del autismo en mujeres?
15. ¿Cuáles son los principales desafíos que enfrenta al diagnosticar autismo en mujeres?
16. ¿Con qué frecuencia ha encontrado casos donde una mujer recibió diagnósticos erróneos antes de ser diagnosticada con autismo?
- Nunca
 - Rara vez
 - Frecuentemente
 - Casi siempre
17. ¿Cree que los estereotipos de género influyen en la identificación y diagnóstico del autismo en mujeres? ¿De qué manera?
18. ¿Cree que los criterios diagnósticos actuales reflejan adecuadamente el autismo en mujeres?
- Sí

- No

19. ¿Qué mensaje le daría a otros profesionales sobre la importancia de considerar el sesgo de género en el diagnóstico del TEA?