



Facultad de Ciencias de la Educación y Psicopedagogía

*“Coeficiente Intelectual y género en niños y niñas
con Condiciones del Espectro Autista”*

Provini Evelyn Milagros

Título a obtener: Licenciada en Psicopedagogía.
Profesora en Psicopedagogía.

Carrera: Licenciatura y Profesorado en Psicopedagogía.

Fecha: Diciembre, 2022.

Agradecimientos

Deseo hacer público el reconocimiento a quienes me han acompañado y apoyado de una manera u otra a lo largo de estos años. Incluyo a continuación mis agradecimientos:

A mis padres, mis pilares. Gracias por su incondicionalidad, por su contención y cariño, por siempre confiar en mí cuando ni yo era capaz de hacerlo. Todo lo que soy hoy es gracias a ellos.

A mi hermana, Milena, mi cómplice. Gracias por sacarme miles de sonrisas y hacerme reír a carcajadas, por acompañarme en los días difíciles, por siempre sacar lo mejor de mí. Mi compañera eterna, siempre juntas.

A mis amigas y amigos de siempre, que, desde el cariño, me sostuvieron e impulsaron para seguir adelante cuando más lo necesitaba. Gracias por cada abrazo y palabra de aliento.

A mi prima, Micaela, de quien aprendo día a día. Gracias por acompañarme desde siempre, por celebrar mis logros como propios, por alentarme en cada decisión, por ser mi referente.

A mis compañeras y amigas de carrera, con quienes compartí durante cinco años mañanas repletas de risas, incluso a la distancia cuando nos irrumpió la virtualidad. Sobre todo, siempre compartiendo el amor por la profesión elegida. Me llevo amistades para siempre.

A mis profesores y profesoras, de quienes tanto aprendí y aprendo. Gracias por contagiarme la pasión de su vocación. En especial a Natalia Peralta, por su disposición, paciencia y ayuda sin medida. Este trabajo final no hubiera sido posible sin ella.

A la Psicopedagogía, gracias por atraparme desde el primer día.

Finalmente, agradecer a todas y cada una de las personas que me han dirigido palabras de ánimo y buenos deseos durante este proceso.

A mis padres.

Resumen

Los resultados de investigaciones sobre la prevalencia de personas con Condiciones del Espectro Autista (CEA) arrojan un incremento significativo en las últimas décadas. Si bien, se ha distinguido que el espectro del autismo es muy amplio y existen tantas manifestaciones como personas, poco se habla de la influencia del género y la repercusión de la variabilidad del Coeficiente Intelectual en dichas manifestaciones, y cómo estas dos variables infieren en el diagnóstico. Por tal motivo, el presente trabajo tuvo como objetivo general analizar los conocimientos que poseen los profesionales psicopedagogos en relación a la diferencia en el Coeficiente Intelectual asociada al género en niños y niñas con Condiciones del Espectro Autista. Para llevarlo a cabo se empleó una estrategia metodológica cuantitativa, aunque ciertos datos se analizaron de forma cualitativa. Se utilizó como instrumento de recolección de datos un cuestionario autoadministrado, que fue creado mediante un formulario digital, aplicado a profesionales de la psicopedagogía. Esta recolección de datos apuntó a corroborar si existe una variabilidad del Coeficiente Intelectual vinculada al género de niños y niñas con Condiciones del Espectro Autista desconocida por parte de los profesionales psicopedagogos, lo cual puede influir en un diagnóstico oportuno. Se concluyó que los profesionales advierten la existencia de diferencias entre géneros dentro de la población con CEA, específicamente en la comunicación e interacción social en niñas y mujeres, y que ello dificultaría arribar a un diagnóstico oportuno cuando se trata de casos con un CI promedio o alto rendimiento ya que cuentan con comportamientos aprendidos que compensan las dificultades propias del Espectro.

***Palabras clave:* Autismo, Género, Coeficiente Intelectual, Psicopedagogía, Diagnóstico.**

Índice

Agradecimientos	2
Resumen.....	4
Índice de tablas y gráficos.....	7
Introducción	8
MARCO TEÓRICO.....	10
Antecedentes de Investigación.....	10
Investigaciones sobre la implicancia del Coeficiente Intelectual (CI) en las Condiciones del Espectro Autista (CEA)	10
Investigaciones sobre la implicancia del Coeficiente Intelectual (CI) en las Condiciones del Espectro Autista (CEA) vinculadas a la distinción de géneros.....	11
Capítulo 1: “Trastorno del Espectro Autista”	14
1.1 Definición.	14
1.2 Etiología.....	17
1.3 Prevalencia	18
1.4 Manifestaciones clínicas.	19
1.5 Diagnóstico.	24
1.6 Tratamiento.....	31
1.7 Pronóstico y calidad de vida.	36
Capítulo 2: “Condiciones del Espectro Autista y su distinción por géneros”.....	39
2.1 Desarrollo temprano en hombres y mujeres con CEA.....	39
2.2 Diferencias en sus manifestaciones clínicas.	43
2.3 Diagnóstico de hombres y mujeres con CEA.	50
2.4 Condiciones del Espectro Autista y Coeficiente Intelectual.	52
2.5 Diagnóstico en mujeres CEA.....	55
MARCO METODOLÓGICO.....	60
Capítulo 3: Esquema del trabajo de campo.....	60
3.1 Planteo del problema de investigación.....	60
3.2 Selección del diseño de investigación.....	63
3.3 Definición del tipo de investigación.	63
3.4 Delimitación de la investigación: unidades de análisis.....	63
3.5 Técnicas de recolección de datos.	64
3.6 Procedimiento de recolección de datos.	64
Capítulo 4: Análisis de los datos.....	66

4.1	Caracterización de los participantes.....	66
4.2	Análisis.	67
4.3	Síntesis.	74
PARTE FINAL		79
	Conclusión	79
	Recomendaciones	81
	Referencias bibliográficas.....	82
	Anexos	85

Índice de tablas y gráficos

Tabla 1. <i>Signos y síntomas de posible autismo en niños preescolares.</i> (Espín Jaime et al., 2013).....	21
Tabla 2. <i>Signos y síntomas de posible autismo en niños escolares.</i> (Espín Jaime et al., 2013).....	22
Tabla 3. <i>Signos y síntomas de posible autismo en adolescentes durante la educación secundaria.</i> (Espín Jaime et al., 2013).....	23
GRÁFICO N° 1: Años de ejercicio profesional.....	66
GRÁFICO N°2: Ámbitos de desempeño profesional.....	67
GRÁFICO N° 3: Ámbitos laborales en lo que se trabaja o se trabajó con niños y/o niñas con CEA.....	67
GRÁFICO N° 4: El género influye en las manifestaciones de los signos clínicos de las Condiciones del Espectro Autista.....	68
GRÁFICO N° 5: El Coeficiente Intelectual desempeña un papel importante en las manifestaciones clínicas de niños y niñas con CEA.....	70
GRÁFICO N° 6: ¿La variación en el Coeficiente Intelectual según el género en los niños y niñas con Condiciones del Espectro Autista influye en el diagnóstico?.....	72

Introducción

El presente trabajo final de grado apunta a analizar los conocimientos que poseen los profesionales psicopedagogos en relación a la variabilidad en el Coeficiente Intelectual asociada al género en niños y niñas con Condiciones del Espectro Autista.

Desde su definición por Kanner en 1943, el autismo se ha presentado como un mundo lejano, extraño y lleno de enigmas (...), a pesar de la enorme cantidad de investigaciones realizadas durante más de medio siglo, sigue ocultando su origen y gran parte de su naturaleza, y presenta desafíos difíciles a la intervención educativa y terapéutica (Rivière, 1997). Es por ello que, la posibilidad de determinar sus características a lo largo del tiempo tendrá una gran repercusión en el pronóstico y en las predicciones que se puedan hacer. En ese sentido, el cociente intelectual y su posible estabilidad a lo largo del ciclo vital pueden ayudar a definir mejor el fenotipo del trastorno y sus necesidades asociadas. (Martos Pérez et al., 2018; p. 39).

Desde los años sesenta, se conoce el hecho de que el cociente intelectual es el mejor predictor pronóstico en los casos de autismo (Rutter & Schopler, 1987; Lord & Schopler, 1988). Además, posee en estos casos propiedades de fiabilidad y estabilidad a lo largo del tiempo y validez semejantes a las que se dan en otras poblaciones, y que permiten rechazar la idea, propia del primer período de conceptualización del autismo, de que las valoraciones de CI carecen de valor en el caso de los niños y adultos autistas (Rivière, 1997). Es por esa razón que, conocer con mayor claridad las posibles variaciones de CI (o su estabilidad) durante la primera infancia, y la relación entre esa variabilidad y la manera en la que se manifiesta el cuadro en los primeros años de vida, permitiría a los clínicos hacer mejores predicciones acerca del pronóstico y evolución futura de esos niños y ayudaría a las familias a ajustar sus expectativas (Martos Pérez et al., 2018; p. 43).

Por lo tanto, se cree que es de suma importancia realizar una investigación para conocer la incidencia que posee el Coeficiente Intelectual como predictor acerca del pronóstico y evolución futura de niños y niñas con Condiciones del Espectro Autista, así como también, su variabilidad vinculada al género de niños y niñas con dichas condiciones. En virtud de ello, los profesionales psicopedagogos podrán confeccionar herramientas que se adapten al perfil de desarrollo del niño o niña; previniendo futuras dificultades asociadas a la trayectoria atípica de su desarrollo que podrían repercutir en sus habilidades sociales, adaptativas y académicas. Respecto a esta última, poseer

conocimiento sobre la capacidad intelectual del niño o niña estudiante, le facilitará al profesional dar respuesta a las posibles necesidades educativas del estudiante para permitirle el acceso a los aprendizajes y una mayor inclusión educativa.

Para comprender en profundidad la temática se presenta un marco teórico de dos capítulos. Previamente a los mismos, se hace mención de antecedentes internacionales vinculados a la temática en cuestión y que constituyen un insumo para el presente trabajo.

En el primer capítulo, titulado “Trastorno del Espectro Autista”, se expone su definición, una nueva denominación, y se da a conocer de manera generalizada su etiología, prevalencia, manifestaciones clínicas, diagnóstico, tratamiento y pronóstico de vida.

En el segundo capítulo, titulado “Condiciones del Espectro Autista y su distinción por géneros”, se describe el desarrollo temprano en hombres y mujeres con CEA, las diferencias en sus manifestaciones clínicas, el diagnóstico de hombres y mujeres con CEA, la relación entre las Condiciones del Espectro Autista y el Coeficiente Intelectual, y por último, el diagnóstico en mujeres con CEA.

Seguidamente, se presenta el marco metodológico, el cual constituye el tercer capítulo abordando el esquema del trabajo de campo. En él, se incluye el planteo del problema, la selección del diseño, la definición del tipo de investigación, la delimitación de la investigación y las técnicas de recolección de datos.

Finalmente, como cuarto capítulo, se expone el análisis de dichos datos y conclusiones a las cuales se arribó y las respectivas recomendaciones.

MARCO TEÓRICO

Antecedentes de Investigación

A continuación, se incluyen investigaciones internacionales sobre la implicancia del Coeficiente Intelectual en las Condiciones del Espectro Autista e investigaciones sobre ambas variables vinculadas a la distinción de géneros.

Investigaciones sobre la implicancia del Coeficiente Intelectual (CI) en las Condiciones del Espectro Autista (CEA)

En la ciudad de Valencia (España), Mulas Fernando y Rojas Mildred, integrantes del Instituto Valenciano de Neurología Pediátrica (INVANEP), en el año 2018 redactaron un artículo titulado “*Trastornos del Desarrollo Intelectual. Superposiciones con el Trastorno del Espectro Autista y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*” con el objetivo de realizar un análisis sobre el Trastorno del Desarrollo Intelectual (TDI), también conocido como Discapacidad Intelectual, y su implicación con el Trastorno del Espectro Autista y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Dicho artículo, explica que la Discapacidad Intelectual rara vez constituye el único problema que afecta al paciente sino que, por el contrario, se asocia a una elevada comorbilidad, tanto mayor cuanto más grave es el nivel de DI; incluyendo en dicha comorbilidad al Trastorno del Espectro Autista y otros trastornos psiquiátricos. A su vez, destaca que tanto la Discapacidad Intelectual como el Trastorno del Espectro Autista conforman trastornos del neurodesarrollo que poseen implicancia en alteraciones genéticas idénticas, lo cual podrían explicar el grado de afectación de la cognición en cada uno de estos trastornos implicando su coeficiente intelectual y la ausencia de límites claros y definidos entre uno y otro, elevando la frecuencia de su comorbilidad y dificultando en ocasiones el diagnóstico. Concluye, citando que estudios realizados por el “Centers for Disease Control and Prevention” (Estados Unidos) determinan una prevalencia de Discapacidad Intelectual en el Trastorno del Espectro Autista (TEA) entorno a un 38%, y añade que la delimitación entre ambos dependerá de la continuidad en los avances en la genética molecular, en el progreso de las neurociencias, en los adelantos de los estudios de neuroimagen y en hallazgos de biomarcadores específicos que puedan dilucidar las múltiples incógnitas y

los correlatos biológicos que expliquen las diferencias individuales en las habilidades cognitivas.

En la ciudad de Madrid (España), el Equipo DELETREA (Diagnóstico, Evaluación del Lenguaje y Tratamiento del Espectro Autista) constituido por Juan Martos Pérez, Sandra Freire Prudencio, María Llorente Comí, Raquel Ayuda Pascual y Ana González Navarro, en el año 2018, llevaron a cabo un estudio al cual titularon *“Autismo y cociente intelectual: ¿Estabilidad?”*. El mismo analiza la heterogeneidad del Trastorno del Espectro Autista (TEA) y sus características a lo largo del tiempo en relación al cociente intelectual (CI) y su posible estabilidad a lo largo del ciclo vital. En primer lugar, enlista interrogantes referidos a la temática como: ¿Qué relación existe entre autismo y discapacidad intelectual?, ¿Existe estabilidad del CI en el autismo?, ¿Qué tipo de factores pueden o no influir en la estabilidad?, ¿Son adecuadas las pruebas que se han utilizado tradicionalmente para medir la inteligencia?, y ¿El estudio de los fenotipos cognitivos puede ayudar a una mejor comprensión del autismo?. Para proporcionar respuesta a estas cuestiones, introduce especificadores que permiten mantener los rasgos nucleares del diagnóstico de Autismo, al mismo tiempo que caracteriza algunas condiciones comórbidas con la Discapacidad Intelectual. Los estudios longitudinales realizados muestran cierta estabilidad en las puntuaciones del cociente intelectual, sobre todo a partir de los años escolares. Antes, en la etapa preescolar, existe mayor variabilidad en el CI e incluso un decrecimiento con la edad en los niños con Trastorno del Espectro Autista cuando se asocia a un nivel de gravedad moderado. Con respecto a ello, concluye que el cociente de desarrollo y el posterior CI determinan en gran medida la variabilidad fenotípica y evolutiva de las personas con Trastorno del Espectro Autista y, además, detalla que la prevalencia de la Discapacidad Intelectual en el TEA se estima en torno al 38%, según datos recogidos recientemente por el Centers for Disease Control and Prevention, Estadounidense. No obstante, destaca que la mayor parte de los estudios epidemiológicos de la última década informan de una estimación más alta que podrían situarse en el 50%.

Investigaciones sobre la implicancia del Coeficiente Intelectual (CI) en las Condiciones del Espectro Autista (CEA) vinculadas a la distinción de géneros.

En la ciudad de Oviedo (Asturias, España.), Víctor B. Arias, integrantes de la Universidad de Talca (Maule, Chile), Laura E. Gómez, Lucía Morán, Ángeles Alcedo, Asunción Monsalve y Yolanda Fontanil, integrantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo, en el año 2017 llevaron a cabo una investigación cuantitativa titulada *“¿La calidad de vida difiere para los niños con espectro autista y discapacidad*

intelectual en comparación con los compañeros sin autismo?”. En la misma, se entrevistaron a 1060 niños y jóvenes entre 4 y 21 años que recibieron apoyo y servicios en organizaciones y centros educativos en España y a sus familias a través de la aplicación de la escala KidsLife. El objetivo principal era determinar si las diferencias resultadas de la aplicación de la escala KidsLife sobre la calidad de vida estos niños y jóvenes con Discapacidad Intelectual, están directamente asociadas con el Trastorno del Espectro Autista o relacionadas con distribución diferencial de Discapacidad Intelectual más severa y mayor soporte necesidades por grupo de diagnóstico y género. En relación a este último, se destaca que el Trastorno del Espectro Autista (TEA) y la Discapacidad Intelectual (DI) a menudo coexisten y que, aunque el TEA se diagnostica cuatro veces más frecuentemente en hombres que en mujeres, a menudo las mujeres con TEA tienen un nivel de gravedad severo de Discapacidad Intelectual y un funcionamiento más deteriorado. A su vez, detalla que los aumentos de Discapacidad Intelectual también son más frecuentes en mujeres con TEA (46%) que en los hombres (37%). Finalmente, la investigación concluye que, en el ítem de social inclusión, las variantes de TEA, DI severa y género femenino fueron todos relacionados con puntuaciones significativamente más bajas. Atribuye la diferencia en la manifestación del TEA en niñas, en quienes el diagnóstico es típicamente tardío y/o enmascarado, o por posibles diferencias en las relaciones sociales, culturales y expectativas de niños y niñas, las que son responsables de la mayor dificultad de las niñas con la inclusión social.

En la ciudad de Oviedo (Asturias, España.), María Lucía Morán, Laura E. Gómez, y María Ángeles Alcedo, integrantes de Universidad de Oviedo, e Ignacio Pedrosa, integrante de CTIC Technologic Center; en el año 2019 realizaron una investigación cuantitativa, más específica que la nombrada anteriormente, a la cual titularon *“Diferencias de género en la inclusión social de jóvenes con autismo y discapacidad intelectual”*, con el objetivo de profundizar en el papel de las diferencias de género en la inclusión social de niños y jóvenes con autismo trastorno del espectro (TEA) y discapacidad intelectual (DI). Dicha investigación, parte de la muestra de 420 participantes con Trastorno del Espectro Autista (TEA) y Discapacidad Intelectual (DI) de entre 4 y 21 años se evaluó mediante la escala ASD-KidsLife, donde las participantes mujeres obtuvieron puntuaciones más bajas en la mayoría de los ítems de inclusión social. Estas diferencias se mantuvieron cuando se controlaron las co-variables de nivel de DI, necesidades de apoyo y edad. En primer lugar, la investigación destaca que se han indicado una mayor prevalencia de TEA en hombres que en mujeres debido a que

generalmente reciben el diagnóstico a una edad más tardía que los hombres. Aun así, añade que su probabilidad de cumplir con los criterios de diagnóstico disminuye incluso cuando se presenta con altos niveles de TEA y rasgos masculinos homólogos. Estas diferencias en la prevalencia de TEA por género pueden deberse a diferencias en los fenotipos entre mujeres y hombres tales como problemas de comportamiento más externalizantes en hombres, mientras que las mujeres muestran síntomas más internalizantes. Además, señala que la Discapacidad Intelectual (DI) parece desempeñar un papel importante en las proporciones de género de los TEA: proporciones de hombre a mujer disminuir a la mitad (2: 1) cuando el TEA se diagnostica junto con DI, por lo cual los hombres podrían estar sobrerrepresentados con altos niveles de funcionamiento y las mujeres estarían más representadas entre los casos de bajo funcionamiento. Este hecho ha llevado a la creencia generalizada de que niñas y mujeres que reciben un diagnóstico de TEA presentan síntomas más graves y un funcionamiento intelectual más bajo, como lo demuestran las puntuaciones de CI. Sin embargo, esto no es del todo cierto ya que este registro se llevó a cabo en mujeres que presentan los rasgos clásicos de TEA junto con DI y bajos niveles de funcionamiento porque muchas veces el diagnóstico de TEA pasa por alto con frecuencia en aquellas mujeres con alto funcionamiento, sin deterioro o deterioro leve del lenguaje funcional, y sin otras condiciones comórbidas.

Cabe aclarar que a pesar de la búsqueda exhaustiva de investigaciones nacionales vinculadas específicamente con la temática seleccionada no se ha detectado ningún resultado en la actualidad.

Capítulo 1: “Trastorno del Espectro Autista”.

1.1 Definición.

El término Autismo, proviene del griego “*autos*” que significa *sí mismo*, y refiere a la expresión de “*ausente o perdido*”. Fue utilizado por primera vez por Bleuler (citado en Coto Choto, 2007) en 1911 para referirse a un trastorno del pensamiento que aparece en algunos pacientes esquizofrénicos (...). Sin embargo, la autora mencionada, añade que este síntoma, tal y como lo acuñó Bleuler, no era posible aplicarlo al autismo infantil porque describía a adultos que tenían regresiones a un nivel psíquico inferior; por lo que un niño en el inicio de su vida no vive las regresiones descritas por este autor.

A lo largo del tiempo, múltiples autores han realizado investigaciones en torno a su origen y sus características basadas en la observación de grupos reducidos de niños. Entre los más destacados, se encuentra el Dr. Leo Kanner (citado en Coto Choto, 2007) considerado el pionero de la literatura existente dado que su descripción del síndrome permitió su nombramiento como categoría diagnóstica en 1943.

En dicha descripción, destacaba como síntomas cardinales:

Un aislamiento profundo para el contacto con las personas, un deseo obsesivo de preservar la identidad, una relación intensa con los objetos, conservación de una fisonomía inteligente y pensativa y una alteración en la comunicación verbal manifestada por un mutismo o por un tipo de lenguaje desprovisto de intención comunicativa. (Artigas-Pallares & Pérez, 2012, p.571)

Por otro lado, siguiendo a los mismos autores, se destaca que, casi de manera simultánea a Kanner, el científico Hans Asperger publica su definición de autismo infantil que denomina “Psicopatía Autista” (1944). Donde identifica que sus pacientes mostraban un patrón de conducta caracterizado por: falta de empatía, ingenuidad, poca habilidad para hacer amigos, lenguaje pedante o repetitivo, pobre comunicación no verbal, interés desmesurado por ciertos temas y torpeza motora y mala coordinación.

En síntesis, tanto Kanner como Asperger, señalan la presencia de problemas en la comunicación, problemas en los procesos de adaptación y presencia de movimientos estereotipados y repetitivos (Cuxart & Jané, 1998) en sus conceptualizaciones.

Ahora bien, desde la definición propuesta por Kanner en 1943 y por Asperger en 1944 hasta la actualidad, el concepto de autismo ha sufrido muchas variaciones. Entre sus clasificaciones médicas más contemporáneas se destacan aquellas realizadas por la Asociación Americana de Psiquiatría de los Trastornos Mentales.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su tercera edición (DSM-III, según sus siglas en inglés) incluye al autismo en la categoría de las afecciones generales del desarrollo. El término “afección general del desarrollo” ha sido escogido porque describe mejor las perturbaciones clínicas centrales de numerosos sectores del desarrollo psicológico junto a otros rasgos más severos. Luego de números revisiones, en su cuarta edición (DSM - IV), apunta hacia el diagnóstico diferencial del resto de los “Trastornos Generalizados del Desarrollo” (Cuxart & Jané, 1998).

Finalmente, la nueva edición de la Asociación Americana de Psiquiatría de los Trastornos mentales (DSM-V), supone un cambio muy importante respecto de las clasificaciones previas (...) dado que se ha modificado el nombre de “Trastorno Generalizado del Desarrollo” por el de “Trastorno del Espectro Autista” (Espín Jaime et al., 2013).

Valdez (2016) (como se citó en De Cerchio, 2020) destaca que:

En la actualidad, el concepto de “Espectro Autista” se debe a la consideración de que no existe “un solo autismo”. Los síntomas se manifiestan de manera muy variada en cada individuo. El autismo en sí mismo es plural y diverso. (...) el término “espectro” da lugar a suponer al autismo dentro de un “continuo dimensional” con una alta gama de diversidad de acuerdo a las singularidades de cada sujeto (p.39).

En concordancia con ello, Espín Jaime et al., (2013), detalla que:

Los TEA son un grupo de trastornos del neurodesarrollo infantil que constituyen un espectro o “continuo de trastornos”, siendo la comunicación social y el patrón de intereses y comportamientos las áreas fundamentales afectadas. Tienen un gran componente genético sobre el que actúan otros factores ambientales. Se caracterizan por una gran variabilidad, heterogeneidad y complejidad, tanto en los mecanismos neurobiológicos como en las manifestaciones clínicas, las trayectorias evolutivas y el pronóstico.

La heterogeneidad y la complejidad fenotípica vienen dadas por la variabilidad en la intensidad de los síntomas principales, el nivel de desarrollo general, el género, el nivel de funcionamiento cognitivo y adaptativo, las habilidades verbales y la comorbilidad y la patología asociada. (p. 333)

Para concluir y establecer un concepto más preciso, se retoma lo enunciado por Razzatti (2014) (como se citó en De Cerchio, 2020) a fin de destacar que se considera a los TEA como condiciones que afectan preponderantemente el desarrollo cerebral temprano, a nivel estructural y funcional, con consecuencias en las áreas de la comunicación, la interacción social, la conducta y el procesamiento sensorial. Además, esclarece el concepto añadiendo en palabras de la autora, lo siguiente:

Las personas con TEA presentan cuadros clínicos sumamente heterogéneos, tanto en nivel de severidad (leve, moderado, severo), como en el nivel de lenguaje (sin habla, palabras sueltas, frases, fluencia verbal), el nivel cognitivo (discapacidad intelectual, inteligencia promedio, inteligencia superior), el perfil sensorial, el patrón de inicio de los síntomas (progresivo, regresivo), los especificadores (p. ej., Frágil X, tipo Asperger, etc.), y los problemas médicos concomitantes (p. ej., problemas gastrointestinales, inmunológicos, metabólicos, disfunción mitocondrial, etc.). Por esto mismo, se habla de un “espectro autista (p.42).

1.1.1. Nueva denominación: Condiciones del Espectro Autista (CEA).

El término popularmente conocido es “Trastorno del Espectro Autista”. Su uso podría atribuirse a que incluso el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta, y más actualizada, edición continúa utilizándolo; repercutiendo en la reproducción de dicha nomenclatura por múltiples teóricos e investigadores. Sin embargo, cada vez más en la comunidad científica se prefiere hablar de condición en lugar de trastorno o síndrome. Ello se debe a que, como destaca al-Muháyir, (s.f) (como se citó en De Cerchio, 2020) hoy en día es sabido que esta denominación es semántica y etimológicamente incorrecta.

Por consiguiente, Rattazzi, (2014) (citado en Romero, 2020) señala que:

Cuando hablamos de autismo o CEA, nos referimos a un cuadro que afecta, principalmente, al desarrollo cerebral temprano, y que trae como consecuencias desafíos en la interacción social (la manera de interactuar socialmente con otras personas), la comunicación (la manera de expresar y comprender el lenguaje, tanto verbal como gestual), el procesamiento de los estímulos sensoriales; y que se caracteriza por presentar un patrón de conductas, intereses y actividades que es restringido y repetitivo.

Básicamente, podemos decir que la persona con CEA percibe estímulos del ambiente, procesa la información y actúa de manera atípica (p.18).

Por lo tanto, al-Muháyir (s.f) (como se citó en De Cerchio, 2020) afirma:

Condiciones del Espectro Autista (CEA), es una denominación mucho más correcta y específica, y sirve mejor a los fines de la construcción de un lenguaje científico útil, semánticamente coherente y exacto, que facilite la comprensión del conocimiento acumulado y la formulación de nuevas teorías (p.39).

Con más motivo, se elige hablar de Condición para aludir a las a las características propias de la persona y hacer referencia a una manera diferente de ser y estar en el mundo. Es importante esclarecer cómo se concibe al autismo ya que ello influye en nuestro accionar.

Finalmente, es preciso especificar que cada vez que se hable de “Trastorno del Espectro Autista” a lo largo del presente trabajo se deberá tomar en consideración lo anteriormente dicho.

1.2 Etiología.

Aun en la actualidad, no se ha comprobado la existencia de causas específicas que den origen a las Condiciones del Espectro Autista. Muchas investigaciones coinciden en el hecho de que se trata de una condición “(...) poligénica y multifactorial en la que cambios o variaciones genéticas de distintos tipos interactúan con factores ambientales, lo que resulta en fenotipos específicos” (Reynoso et al., 2017).

En el mismo escrito, se señala que estudios poblacionales, familiares y en parejas de gemelos idénticos sugieren que una proporción considerable de los casos de autismo tiene algún componente genético. Es decir que ciertas alteraciones genéticas, que suelen ser heterogéneas, pueden ser consideradas una de sus causas principales.

Oviedo et al. (2015) explica:

Estas alteraciones se presentan en los distintos niveles de organización del material genético. El material genético, durante la división celular, se organiza en superestructuras denominadas cromosomas, las cuales evidencian las llamadas alteraciones cromosómicas en las que pueden ocurrir macro o micro deleciones, duplicaciones, inserciones e inversiones del material genético (p.7).

Además, dicho autor añade que se ha comprobado la presencia de una inversión, duplicación o mutación en el gen UBE3A/E6AP. Este gen participa en la degradación de proteínas en las neuronas por lo que los individuos portadores de esta alteración presentan hiperactividad, aleteo de manos, convulsiones, discapacidad intelectual, epilepsia, baja habilidad lingüística, microcefalia.

Sin embargo, Grabrucker, 2012; Won et al. (2013) (como se citó en García, 2016) señalan que:

Aunque los factores genéticos podrían ser los principales responsables de la ocurrencia del TEA, no explicarían la totalidad de los casos y es posible que factores ambientales específicos actúen, de forma independiente o en combinación con alteraciones genéticas, como factores de riesgo o desencadenantes de este fenotipo.

Algunos de los factores ambientales de riesgo propuestos incluirían infección durante el embarazo, deficiencia en zinc, nutrición y diabetes materna, exposición a toxinas (ácido valproico, talidomida u otros fármacos psiquiátricos), estrés prenatal y perinatal, así como prematuridad y edad parental avanzada en el momento de la concepción (p.6).

Finalmente, Espín Jaime et al., (2013) menciona hallazgos neuroanatómicos y de neuroimagen. En estos, se ha documentado un sobrecrecimiento cerebral precoz en los 2 primeros años de vida y, en el desarrollo posterior, alteraciones en la estructura y la función del “circuito social o de la empatía” del cerebro. Además de alteraciones en la conectividad entre diversas regiones cerebrales como la corteza prefrontal, temporal, tronco cerebral y regiones cerebelares.

1.3 Prevalencia.

Caferio et al. (2019) (como se citó en De Cerchio, 2020) señalan que:

Los primeros estudios sobre la frecuencia del autismo, los resultados arrojaban que se trataba de una condición poco frecuente, con la prevalencia de aproximadamente 4 de cada 10.000 niños y niñas. Sin embargo, durante las últimas décadas, con los avances tecnológicos, métodos diagnósticos más sofisticados y criterios diagnósticos más amplios, se considera que la prevalencia general para el espectro ha aumentado a 1/100 (algunos autores en estudios recientes advierten una frecuencia aún mayor), siendo los niños afectados 4-5 veces más que las niñas (p.13).

Una de sus explicaciones puede ser porque las mujeres poseen el doble de carga genética patogénica que la que poseen los varones afectados. Ello explicaría la menor prevalencia en ellas, variando la relación varón/mujer desde 3-4 a 1 hasta 11 a 1 en personas con síndrome de Asperger o autismo de alto funcionamiento (Arberas & Ruggieri, 2019).

Además, Arberas y Ruggieri (2019) mencionan que, en los últimos años se ha interpretado que su menor prevalencia también podría ser consecuencia, entre otros aspectos, a las diferencias inherentes a respuestas inmunológicas vinculadas a su condición biológica.

Para concluir, siguiendo con los autores citados, diversos modelos estadísticos ponen en evidencia que las bases genéticas para el desarrollo del TEA varían entre el 56-95%, mientras que el aporte ambiental sería del 5 a 44%.

1.4 Manifestaciones clínicas.

Las manifestaciones clínicas de los pacientes con CEA varían de una persona a otra. Sin embargo, en general, se las podría dividir en dos dominios: a) deterioro en la interacción social y comunicación verbal y no verbal y b) patrones de comportamiento e intereses restringidos y repetitivos.

En relación a sus formas de presentación, Espín Jaime et al (2013) explican que también son muy diversas ya que van desde un patrón de aparición temprana, con diferencias en el desarrollo desde el primer año de vida, pasando por un patrón de desarrollo normal y luego un estancamiento, con dificultades para seguir progresando, hasta los casos de niños que presentan una regresión, con pérdida de habilidades adquiridas después de un período de desarrollo típico. Por lo general, sus manifestaciones se reconocen más comúnmente en el segundo año de vida pero pueden estar presentes antes.

Ello podría deberse a que el intervalo medio desde que los padres comienzan a preocuparse hasta que solicitan ayuda puede llegar a ser después del año (Vázquez-Villagrán, et al., 2017).

También, Vázquez-Villagrán, et al. (2017) señala que puede ocurrir que los síntomas no sean aparentes para los padres ni los profesores hasta los cuatro o seis años de edad.

Los autores mencionados, distinguen que durante el primer año de vida los comportamientos más consistentes en niños son: el no responder a su nombre y el no mirar a la cara o hacerlo escasamente. Mientras que, en el segundo año destaca la ausencia de interés por compartir experiencias y la incapacidad para prestar atención. Se consideran signos precoces: a) la presencia de rabietas frecuentes y la ausencia de tolerancia al cambio, b) la ausencia de balbuceo a los nueve meses, c) al año no señala ni gesticula, no responde cuando se le llama por su nombre, d) no dice palabras sueltas a los dieciséis meses, e) presentan ausencia de juego simbólico al año y medio y f) a los dos años no pronuncia frases de dos palabras.

En relación a ello, Espín Jaime et al. (2013) explican que aproximadamente dos tercios de los pacientes con TEA presentan una falta de adquisición de las habilidades de comunicación durante los 2 primeros años de vida. Asimismo, un cuarto a un tercio de los niños con TEA adquieren los hitos del desarrollo del lenguaje, pero muestran una

regresión del lenguaje, de la comunicación y/o de las habilidades sociales entre los 15 a 24 meses de edad.

La regresión de estas habilidades puede ser gradual o súbita, y puede ocurrir en el contexto de un desarrollo atípico o de retrasos en el desarrollo.

Por otro lado, Arberas & Ruggieri (2019) determinan que los individuos con autismo pueden sufrir además otras condiciones médicas y psiquiátricas, las cuales se asocian, con frecuencia variable, y le confieren una enorme heterogeneidad clínica.

Se estima que entre un 30-40% de los casos coexiste con discapacidad intelectual (DI), compromiso variable del lenguaje, tanto en la edad de inicio del habla, como en aspectos relacionados con el procesamiento semántico, ecolalias y prosodias peculiares. La epilepsia se asocia en aproximadamente el 30% de los casos, con un pico en la primera infancia y otro en la adolescencia; y con el TDAH (trastorno por déficit de atención e hiperactividad), puede llegar a alcanzar casi el 80%.

Otras afecciones psiquiátricas que han sido también reconocidas, son la catatonía, mutismo, trastornos del humor, ansiedad y depresión. Incluso, se asocia con trastorno obsesivo compulsivo, tics y tricotilomanía. Los desórdenes en el control de la impulsividad (DCI) incluyen agresividad con actos contra sí mismo u otros (empujones, golpes, pellizcos, etc.) o pueden expresarse en forma de explosiones intermitentes, creando situaciones en ocasiones graves, de muy difícil manejo.

Además, es frecuente el hallazgo de disfunciones sensoriales (hiper o hiposensibilidad) a la percepción a los estímulos auditivos, táctiles, visuales o gustativos. Al que es muy común que muestren dificultades motoras y pobre coordinación en sus movimientos y trastornos del sueño (latencia prolongada o sueño fragmentado), así como alimentarios, como selectividad, patrón muy restringido e incluso raramente anorexia. No obstante, un 50% de las personas con TEA suelen mostrar mayor tendencia al sobrepeso y a la obesidad. Es por ello, fundamental analizar la velocidad incremento del peso entre los 2 y 4 años, para establecer medidas de control en la cantidad y calidad del alimento, así como en la promoción de actividad física.

Para finalizar, se presentan en las tablas 1-3 las posibles manifestaciones clínicas en las diferentes edades: pre-escolar, escolar y secundaria. Dicha información es una adaptación de NICE. Quick reference guide. Autism: recognition, referral and diagnosis of children and young people on the autism spectrum (2011) realizada por los autores Espín Jaime, José Carlos, Cerezo Navarro, María del Valle., & Espín Jaime, Flora en su artículo *“Lo que es trastorno del espectro autista y lo que no es”* en el año 2013.

Tabla 1. *Signos y síntomas de posible autismo en niños preescolares.* (Fuente: Espín Jaime et al., 2013).

1. Conductas de interacción social y comunicación recíproca. A. Lenguaje hablado: retraso en el desarrollo (balbuceo o palabras, por ejemplo menos de 10 palabras a los 2 años). Regresión o pérdida del uso del habla-lenguaje. Lenguaje, si está presente: vocalizaciones, entonación rara o aplanada, ecolalias, referencia a sí mismo por el nombre, “tú” o “él/ella” por encima de los 3 años. Uso reducido y/o infrecuente del lenguaje para la comunicación, por ejemplo uso de palabras simples aunque es capaz de hablar con frases. B. Respuesta a otros: respuesta ausente o retrasada a las llamadas por su nombre, sin alteración auditiva. Respuesta ausente o reducida a la sonrisa social. Respuesta ausente o reducida a las expresiones faciales o sentimientos de los demás. Respuesta inusualmente negativa a los requerimientos de los otros (conducta de evitación de la demanda). Rechazo a los abrazos iniciados por los padres o cuidadores, aunque pueden iniciarlos ellos. C. Interacción con otros: falta de consciencia del espacio personal o intolerancia a la intromisión de ese espacio. Falta o escaso interés por los otros, incluyendo sus iguales. Rechazo o aproximación inapropiada, agresiva o disruptiva. Ausencia o escasa imitación de las acciones de los otros. Ausencia o escaso interés en iniciar juego social con otros, juega solo. Ausencia o escaso disfrute de situaciones en las que la mayoría de los niños lo hacen (cumpleaños). Ausencia o escaso disfrute compartido. D. Contacto ocular, señalar y otros gestos: uso reducido o ausente de gestos faciales y expresiones para la comunicación (puede coger la mano del adulto y colocarla en los objetos). Reducida o escasa integración de los gestos, la expresión facial, la orientación corporal, el contacto ocular (mirar a los ojos al hablar) y el lenguaje en la comunicación social. Disminución o ausencia del uso social del contacto ocular, con adecuada visión. Alteraciones en atención conjunta: falta de cambio o desvío de la mirada, seguimiento con la mirada donde señala el otro (mira a la mano), no señala o muestra para compartir interés. E. Ideas e imaginación: imaginación y juego de ficción escasa o ausente.	2. Patrón de intereses restringidos y/o conductas rígidas y repetitivas.
---	--

- A. Movimientos estereotipados repetitivos: aleteo de manos, balanceo del cuerpo estando de pie, giros, chasquido de dedos. Juego repetitivo o estereotipado, por ejemplo abrir o cerrar puertas. Intereses inusuales o intereses excesivamente focalizados.
- B. Excesiva Insistencia por seguir “su propia agenda”. Reacciones extremas a los cambios, insistencia por lo mismo.
- C. Hiper o hiporreactividad a los estímulos sensoriales, texturas, sonidos, sabores, olores. Reacción excesiva al sabor, olor, textura o apariencia de la comida o manías extremas a comidas.

Tabla 2. *Signos y síntomas de posible autismo en niños escolares* ((Fuente: Espín Jaime et al., 2013).

- 1. Conductas de interacción social y comunicación recíproca.**
 - A. Lenguaje hablado: uso muy limitado. Monótono. Lenguaje repetitivo, con uso frecuente de frases estereotipadas aprendidas, contenido centrado en los temas de interés con excesiva información. Hablan a los otros más que compartir una conversación entre 2. Respuestas inadecuadas, toscas o groseras.
 - B. Respuesta a los otros: ausencia o escasa respuesta a las expresiones faciales o sentimientos de los otros. Ausencia o escasa respuesta cuando se le llama por su nombre, sin que haya alteraciones auditivas. Dificultades subliminales en la comprensión de las intenciones de los otros. Literalidad. No comprensión de bromas o metáforas. Respuesta inusualmente negativa a los requerimientos de los otros (conducta de evitación de la demanda).
 - C. Interacción con otros: ausencia o escasa conciencia del espacio personal, o intolerancia a la intromisión de ese espacio. Escaso o nulo interés por los otros, incluyendo sus iguales, con rechazo o conductas inapropiadas, agresivas o disruptivas. Ausencia o escasa frecuencia de conductas de saludo y despedida. Ausencia o escasa conciencia de la conducta social esperada. Ausencia o escasa capacidad de compartir ideas-juegos de otros, juega solo. Incapacidad de adaptar el estilo de comunicación a las situaciones sociales, puede ser excesivamente formal o inapropiadamente familiar. Ausencia o escasa capacidad de disfrute de situaciones en las que la mayoría de los niños lo hacen.
 - D. Contacto ocular, señalar y otros gestos: reducida o escasa integración de los gestos, la expresión facial, la orientación corporal, el contacto ocular (mirar a

los ojos al hablar) y el lenguaje en la comunicación social. Disminución o ausencia del uso social del contacto ocular, con adecuada visión. Alteraciones en atención conjunta. E. Ideas e imaginación: ausencia o escaso juego imaginativo y flexible o falta de creatividad, aunque son capaces de volver a representar escenas vistas en la TV, por ejemplo. Realiza comentarios sin tomar conciencia de las sutilezas o jerarquías sociales.
2. Patrón de intereses restringidos y/o conductas rígidas y repetitivas. A. Movimientos estereotipados repetitivos (aleteo de manos, giros, balanceos...). Juego repetitivo y orientado hacia objetos más que hacia personas. B. Intereses inusuales o excesivamente focalizados. C. Expectación rígida de la adherencia de otros a las reglas del juego. D. Excesiva insistencia en seguir su propia agenda. E. Reactividad emocional extrema, que resulta excesiva para las circunstancias. F. Fuertes preferencias por rutinas familiares y por hacer las cosas “de forma correcta”. Malestar por el cambio, con reacciones de ansiedad u otras formas de distrés, incluyendo agresión. G. Hiper o hiporreactividad sensorial. Reacción excesiva a sabores, olores, textura o apariencia de la comida, manías extremas a la comida.

Tabla 3. *Signos y síntomas de posible autismo en adolescentes durante la educación secundaria* (Fuente: Espín Jaime et al., 2013).

1. . Conductas de interacción social y comunicación recíproca. A. Lenguaje hablado: uso muy limitado. Monótono. Lenguaje repetitivo, con uso frecuente de frases estereotipadas aprendidas, contenido centrado en los temas de interés con excesiva información. Hablan a los otros más que compartir una conversación entre dos. Respuestas inadecuadas, toscas o groseras. B. Interacción con otros: ausencia o escasa conciencia del espacio personal, o intolerancia a la intromisión de ese espacio. Dificultades en la comunicación e interacción social recíproca: pocos amigos íntimos o relaciones recíprocas. Escasa o nula comprensión de la amistad; deseo infructuoso de tener amigos (más fácil con adultos o con niños más pequeños). Aislamiento social y preferencia aparente por la soledad. Ausencia o escasas conductas de saludo y despedida. Ausencia o escasa conciencia de la conducta social esperada.

Problemas al perder en los juegos, en la comprensión de las reglas y sus cambios. Puede parecer incapaz o no interesado en lo que sus iguales están interesados. Incapacidad de adaptar el estilo de comunicación a las situaciones sociales, puede ser excesivamente formal o inapropiadamente familiar. Dificultades subliminales en la comprensión de las intenciones de los otros. Literalidad. No comprensión de bromas o metáforas. Comentarios sin tener en cuenta las sutilezas o jerarquías sociales. Respuesta inusualmente negativa a los requerimientos de los otros (conducta evitativa de la demanda).

- C. Contacto ocular, señalar y otros gestos: reducida o escasa integración de los gestos, la expresión facial, la orientación corporal, el contacto ocular (mirar a los ojos al hablar) y el lenguaje en la comunicación social.
- D. Ideas e imaginación: historia de falta de juego social imaginativo y flexible o de creatividad, aunque son capaces de volver a representar escenas vistas, por ejemplo, en la TV.

2. Patrón de intereses restringidos y/o conductas rígidas y repetitivas.

- A. Movimientos estereotipados repetitivos.
- B. Preferencia por intereses o hobbies altamente específicos.
- C. Fuerte adherencia a las reglas o a la justicia que conduce a la discusión.
- D. Conductas repetitivas o rituales que interfieren el funcionamiento diario.
- E. Distrés emocional excesivo para lo que parece sin importancia a los otros, por ejemplo cambios en la rutina.
- F. Hiper o hiporreactividad sensorial. Reacción excesiva a sabores, olores, textura o apariencia de la comida, manías extremas a la comida.

Cabe aclarar que, si bien se reconoce que las manifestaciones sintomáticas de las CEA varían de persona a persona, la finalidad de enlistar los posibles signos y síntomas es exhibir que ante su presencia se sugiere la consulta con profesionales competentes.

1.5 Diagnóstico.

El diagnóstico del autismo, o bien de los TEA (en inglés ASD, por las siglas para Autism Spectrum Disorders), tiene como base el estudio clínico (Oviedo et al., 2015). Por lo cual, es de suma importancia la historia clínica del paciente y poner especial atención en interrogar posibles alteraciones conductuales y en las habilidades de comunicación, así como los antecedentes relacionados al desarrollo cerebral temprano (Reynoso et al., 2017).

Además, los autores añaden que se debe evaluar el entorno del paciente, el nivel educativo de los padres, el nivel de compromiso con el paciente y los modos que emplean para manejar la situación.

La recolección de estos datos es fundamental para efectuar el diagnóstico clínico y la clasificación del paciente mediante los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. En su quinta edición (2013), la Asociación Americana de Psiquiatría (APA por sus siglas en inglés para American Psychiatric Association) incluye al Trastorno del Espectro Autista (TEA) en los "Trastornos del Desarrollo Neurológico", y su diagnóstico actual se basa en el cumplimiento de los siguientes criterios:

- A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):
 - 1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional, varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.
 - 2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social, varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.
 - 3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones, varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas.
- B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):
 - 1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (p. ej., estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).
 - 2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p. ej., gran angustia frente

a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).

3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (p. ej., fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).
 4. Hiper- o hiporeactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p. ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento).
- C. Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).
- D. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.
- E. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro del autismo con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro del autismo y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo.

En cuanto a la gravedad, la Asociación de Psiquiatría Americana [APA] (2013) expresa que esta se establecerá en función del grado de ayuda necesaria ("necesita ayuda muy notable", "necesita ayuda notable" o "necesita ayuda") para cada uno de los dominios psicopatológicos (comunicación social / comportamientos restringidos y repetitivos). Entre los aspectos moduladores o especificadores en la categorización diagnóstica se mencionan: 1) la existencia o no de deterioro intelectual acompañante, 2) la existencia o no de problemas de lenguaje y, en su caso, se registrará el grado actual de funcionamiento verbal, 3) si existe catatonía concurrente y, por último, en el caso de asociación con una afección médica o genética conocida, un factor ambiental u otro trastorno del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento, se registrará como "trastorno de espectro autista asociado a: afección, factor ambiental o trastorno asociado".

Por otro lado, Vázquez-Villagrán et al. (2017) mencionan que existe toda una diversidad de instrumentos para efectuar el diagnóstico de TEA. Los tres más destacados son: a) Lista de Verificación Modificada de Autismo en niños pequeños (o conocido por sus siglas en inglés como M-CHAT) y en población latinoamericana el Ek-50 (Reynoso et al., 2017). M-CHAT es una propuesta de aplicación en atención primaria pediátrica durante el reconocimiento del niño sano al año y medio de edad, momento en el que los síntomas ya son medibles y permanecen estables hasta la edad preescolar entre los 16 y 30 meses; consta de 23 preguntas que queda como un cuestionario íntegramente dirigido a los padres. b) Escala de Observación del autismo para bebés (AO-SI) para estudios de hermanos de personas con autismo y c) Prueba Espectro del Autismo Infantil (CAST) para niños entre cuatro y seis años. Asimismo, para la confirmación diagnóstica definitiva, existe un amplio consenso sobre el uso de herramientas validadas como la Entrevista Diagnóstica del Autismo Revisada (ADI-R) y Programa de Observación Diagnóstica del Autismo (ADOS).

Es necesario incidir en que la detección precoz es el primer paso para favorecer el pronóstico, la evolución posterior del niño, y para que la familia maneje adecuadamente las dificultades que se presentan como consecuencia de esta situación.

Por lo tanto, Vázquez-Villagrán et al. (2017) explican que, en atención temprana, el proceso diagnóstico del TEA se ha de realizar partiendo de la recopilación de información de la historia evolutiva del niño, para lo cual se realizarán entrevistas a los padres, educadores y personas significativas en la vida del niño. Se recabarán informaciones sobre el desarrollo neurobiológico, los hitos evolutivos comunicativos, sociales y motrices, y sobre la aparición de los primeros síntomas autísticos. También, sobre el entorno del niño, su estilo de relación, los patrones de comportamiento, interacciones con niños de igual edad y adultos, nivel de participación en dinámicas grupales estructuradas, su adaptación en la guardería o en la educación infantil.

A su vez, los autores mencionados destacan que el TEA se puede diagnosticar de manera fiable en niños a partir de los dos años. Sin embargo, la edad promedio para el diagnóstico es entre los tres y seis años.

Se ha postulado que una de las causas de esta demora tiene que ver con la gran dificultad que entraña el diagnóstico a edades muy tempranas. Varios factores contribuyen a esto: a) la presentación de los síntomas es muy variable y cambia con la edad y b) los déficits sociales y los retrasos del lenguaje pueden no ser identificados hasta que el niño comienza a relacionarse con sus compañeros en edad preescolar.

Pese a ello, es de vital importancia que se realice el diagnóstico lo más tempranamente posible ya que más rápido se puede brindar al niño y a su familia la ayuda adecuada. De tal forma, se puede aumentar los logros en las habilidades funcionales, la comunicación y en el funcionamiento intelectual.

Por otra parte, una vez confirmado el diagnóstico de TEA, se pueden realizar pruebas complementarias con el objetivo de identificar trastornos específicos asociados a los TEA (Oviedo et al., 2015). Para ello, se recomienda adecuar la exploración neurológica a la edad y el nivel de funcionamiento del paciente (Reynoso et al., 2017).

Vázquez-Villagrán et al. (2017) señalan que algunas de las pruebas complementarias que se pueden realizar son de laboratorio, aunque examen de laboratorio casi nunca aporta datos para el diagnóstico, pero en muchas ocasiones se realizan para descartar las formas sintomáticas de autismo, sobre todo si se asocia historia de letargia, vómitos cíclicos, crisis epilépticas tempranas, rasgos dismórficos y discapacidad intelectual. También de Neurofisiología, aunque el electroencefalograma (EEG) suele ser normal en los niños autistas que no tienen convulsiones, ni presentan evidencias clínicas de patología cerebral concomitante. O de Neuroimagen, aunque suele ser normal, en algunos casos se ha observado hipoplasia del vermis posterior y de los hemisferios cerebelosos, reducción del volumen de los lóbulos parietales cerebrales y adelgazamiento del cuerpo calloso.

Por su parte, Reynoso et al. (2017) añaden que se debe tener en consideración que los trastornos del sueño son particularmente frecuentes en niños con TEA, por lo que se recomienda realizar con escrutinio cuestionarios como el CSHQ-SP y polisomnografía en aquellos que no respondan a la modificación de hábitos de sueño. También, es fundamental descartar trastornos de la audición ante la sospecha de hipoacusia mediante estudios otoneurológicos. Y realizar evaluación de las habilidades fonéticas y de motricidad orofacial, ya que muchas veces se ven frustradas por la falta intención en la comunicación. Se recomienda en un entorno hispanoparlante, las pruebas estandarizadas: SB, CCC-2, ITPA, ENI, Eka-50.

En cuanto a la conducta alimentaria, los niños con TEA tienen características peculiares que se entienden más como un problema de percepción y apreciación de sensaciones que un problema nutricional. Por ello, se debe aplicar un cuestionario de conducta alimentaria y medir el estado nutricional. Si las medidas antropométricas están por debajo de lo esperado y cumplen con criterios de desnutrición o desmedro, hacemos una interconsulta con nutrición clínica.

Finalmente, la exploración de las habilidades neuropsicológicas es de gran ayuda para el planteamiento y la modificación de los planes de intervención. Es importante hacer el esfuerzo desde los 24 meses para trazar una línea de desarrollo inicial y actualizarla cada año; asimismo, se recomiendan pruebas de habilidades cognitivas no verbales (RAVEN, MSCA, WIPSSI).

1.5.1 Diagnóstico Diferencial.

Como se ha mencionado en oportunidades anteriores, las manifestaciones clínicas cambian con la edad y de persona a persona pero las características definitorias permanecen. Por lo tanto, Espín Jaime et al., (2013) apuntan a la importancia de considerar la gran variabilidad fenotípica. Y, en consecuencia de ello, destacan que el diagnóstico diferencial puede resultar complicado en casos de niños muy pequeños, en los casos incluidos en el fenotipo amplio, en la periferia del espectro, en los casos de mejor funcionamiento o en los casos atípicos o incompletos. Además de que un diagnóstico diferencial puede ser, con frecuencia, un trastorno que coexista con el TEA.

Los autores mencionan que para diferenciar los TEA de otros retrasos en el desarrollo en los 2 primeros años de vida, puede ser útil considerar las alteraciones descritas en los TEA en el área social (12 meses), en la comunicación (18 meses) y en las conductas motoras atípicas junto con el aplanamiento o declive observado en la trayectoria de aspectos específicos del desarrollo social y de la comunicación frente a la trayectoria de mejoría, aunque ligera comparada con el desarrollo típico de otros retrasos en el desarrollo.

Para ayudar a esclarecer el diagnóstico diferencial entre los TEA y otras patologías, los autores detallan ciertas comparaciones entre ambos. Algunas de ellas son:

- A. Trastorno específico del lenguaje. En este caso existe una comunicación no verbal compensatoria para la comunicación, la cualidad del juego y la imaginación son normales, y presenta una intención de comunicación y relación hacia sus iguales, al menos en el período preescolar. Por el contrario, no presenta conductas repetitivas. Puede estar más deteriorado el componente expresivo que el comprensivo y hay más afectación de los aspectos gramaticales respecto a otras áreas. En el caso de los TEA, el componente comprensivo es el que puede estar más deteriorado y pueden presentar un perfil desigual, con puntos fuertes y puntos débiles, con diferencias entre los aspectos verbales y los no verbales.
- B. Discapacidad intelectual. En este caso, se objetiva un perfil bajo, homogéneo en el CI, con interés e intención de relación social de acuerdo con su nivel de

desarrollo. Pueden presentar conductas de imitación. Por el contrario, en el TEA el perfil cognitivo es desigual, con mayor afectación de las áreas relacionadas con el lenguaje y la comprensión social, junto con unos intereses muy marcados y mayor sensibilidad a los estímulos sensoriales. Las habilidades adaptativas están mucho más deterioradas de lo que cabría esperar por su nivel de CI. Las conductas autoestimulatorias son marcadas, preferidas a otras actividades, y perpetúan la falta de conexión con el entorno. La autoestimulación se realiza en su propio cuerpo (balanceos, giros, etc.) o en relación con objetos.

- C. Trastorno del desarrollo de la coordinación motora. En estos niños, el juego es normal, no suelen presentar retraso o trastornos en el desarrollo del lenguaje, muestran intención comunicativa y las mayores dificultades se centran en el área motora.
- D. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. En el caso de los TEA, los niños pueden estar ocupados, concentrados y absorbidos por ciertas actividades de su interés durante períodos largos.
- E. Trastornos del espectro psicótico. Estos tienen una edad de inicio más avanzada, en la infancia tardía o en la adolescencia temprana, unas características clínicas (delirios y alucinaciones), unos antecedentes psiquiátricos familiares y unas características del desarrollo diferentes a los TEA.
- F. Trastorno de ansiedad. Las conductas repetitivas que aparecen en los cuadros de ansiedad tienen una cualidad ansiosa, de temor, miedo, abandono, de búsqueda de reaseguramiento, y no el carácter repetitivo-estereotipado, de hacer las cosas siempre de la misma manera de los TEA.
- G. Trastorno negativista desafiante. Los niños con TEA pueden tener poca conciencia del impacto de su conducta. Sus actitudes muy oposicionistas y controladoras, en ocasiones con estallidos de rabia o enfado, responden a sus intereses restringidos y estereotipados y a su falta de entendimiento de las reglas y normas sociales.
- H. Trastorno de conducta (TC). El TC con rasgos de dureza e insensibilidad emocional puede ocurrir en el TEA. Los niños con TEA no comprenden el impacto de su conducta, incluso pueden llegar a sentirse mal cuando se les explica.
- I. Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). En el TOC, el inicio de los síntomas suele ser más tardío, por encima de los 4 años, son conscientes de lo inapropiado de sus pensamientos y conductas obsesivas, por lo que las conductas se asocian

con ansiedad y el contenido de las obsesiones se relaciona con la evitación del daño y pensamiento mágico. Las habilidades sociales y de comunicación están preservadas. En el TEA, el niño no suele estar afectado por las obsesiones o los rituales sino que las rutinas se relacionan con la aversión al cambio.

- J. Déficit auditivo grave. Los niños presentan un retraso en el desarrollo del lenguaje, tanto expresivo como comprensivo, y aislamiento social en relación con la deprivación sensorial. Pero no hay afectación de la comunicación no verbal, el interés social y de comunicación con iguales, el juego y la imaginación, ni aparecen las conductas repetitivas, los manierismos, la hipersensibilidad sensorial ni los intereses restringidos intensos.
- K. Mutismo selectivo. Los niños con mutismo selectivo muestran una cualidad de comunicación y relación social adecuada en algunas circunstancias, generalmente en su casa o en presencia de familiares, donde el niño sí habla. No hay afectación de la comunicación no verbal y presentan un adecuado juego imaginativo o de ficción. No aparecen conductas repetitivas.

Para concluir, merece la pena subrayar que el diagnóstico de Autismo supone el inicio de un proceso de asimilación de una nueva y compleja realidad para el paciente y la familia. Esto implica la necesidad de brindar apoyo y acompañamiento especial para ambos. Por lo tanto, es fundamental el trabajo multidisciplinar durante el proceso diagnóstico como en el tratamiento.

1.6 Tratamiento.

El autismo es heterogéneo y, por lo tanto, su tratamiento también lo es (Reynoso et al., 2017). Debido a ello, Culver (2020) aclara que la sola idea de pensar en un tratamiento o rehabilitación para el TEA, o cualquier otro diagnóstico, implican sumergirnos obligatoriamente en varias disciplinas en forma simultánea, lo cual es altamente enriquecedor. Desde la discusión del plan de tratamiento que plantee objetivos comunes de las diferentes especialidades hasta el objetivo final, requiere que se lleve a cabo un continuo y minucioso trabajo de equipo.

Por consiguiente, Vázquez-Villagrán et al., (2017) señala que se han confeccionado diversos abordajes de intervención global en equipo interdisciplinario que pueden posibilitar una estrategia de trabajo según el grado de funcionamiento social y requerimientos específicos de cada paciente. No obstante, cada uno de estos modelos difiere en términos como la edad de inicio en la cual comenzar la aplicación, la influencia del entorno, acciones frente a las respuestas obtenidas, individualización del

niño y reforzamientos a aplicar. Ello, amerita evaluar todas las variables que generan influencia sobre cómo se va a manejar el tratamiento para poder escoger un modelo adecuado a aplicar a fin de conseguir una adecuada interacción del niño y con su entorno.

Por su parte, Reynoso et al., (2017) menciona que un niño con TEA puede tener mayores retos dentro del capítulo conductual así como en las capacidades comunicativas. Por lo tanto, la mejor manera de elaborar un plan de trabajo es tomar en cuenta la evaluación de habilidades y establecer una meta de desarrollo próxima alcanzable, para así pensar en los medios que se tienen que tener para alcanzarla.

El tratamiento temprano e intensivo de las habilidades conductuales y de comunicación es el método más eficaz en la intervención terapéutica (EIBI, Early Intensive Behavioral Intervention). Se basa en empezar con el apoyo terapéutico a partir de los 18 meses de vida, con programas de 20 a 40 horas por semana. Tiene dos ejes fundamentales, el análisis de la conducta y su modificación, y el incremento de las habilidades comunicativas y del lenguaje.

Además, los autores enfatizan en que existen varias técnicas para el análisis de la conducta, comunicación y su modificación. Una de las más conocidas es el análisis conductual aplicado o ABA, (Applied Behavior Analysis). La cual, se basa en la teoría de aprendizaje y condicionamiento operante. Se plantean objetivos pequeños y alcanzables y se hacen intentos modulando la conducta hasta alcanzarlos y premiarlos, haciendo evidente el previo conocimiento-acción y consecuencia. Se requieren programas de hasta 40 horas a la semana. Aun así, tiene dificultades que se hacen más evidentes en los países en desarrollo y requiere de muchos ensayos para avanzar en un conocimiento. Esto se debe a que es difícil llevar las habilidades adquiridas a los ambientes extraterapéuticos, más aún si los niños presentan conductas evasivas en la terapia, por lo que se necesita de un operador experto.

También, destacan el uso del programa TEACHH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children). Una técnica para mejorar las habilidades de comunicación social en ambientes escolarizados utilizando estrategias psicopedagógicas específicas. Y de la técnica STAR (Strategies for Teaching Based on Autism Research o las estrategias de enseñanza basadas en investigación en autismo), la cual involucra a los centros educativos para la inclusión de los niños con TEA.

De igual manera, insisten en que la estimulación del lenguaje en los niños con autismo es una de las piedras angulares de la intervención. La adquisición, antes de los 6 años, de las habilidades para hablar y comprender lo que se dice es un factor de buen

pronóstico a largo plazo. El tratamiento de respuesta pivote o PRT (Pivotal Response Treatment) consiste en plantear múltiples ejercicios que el paciente necesita trabajar, sobre todo en aspectos fundamentales de la comunicación y en habilidades de la vida diaria, atención compartida, petición, estrategias utilizando juego y reforzadores positivos.

Los sistemas aumentativos y alternativos de comunicación, incluyendo apoyos visuales, dispositivos y programas que aumentan los canales de comunicación, apoyan el aprendizaje en casi todos los métodos mencionados.

Otro recurso que mencionan es la musicoterapia, que ha mostrado ser más eficaz para mejorar las habilidades de comunicación social e impulsa las relaciones de los pacientes con autismo con sus pares.

En relación a ello, añaden que la mayoría de las personas con autismo tienen dificultades para la apreciación y percepción de los ruidos y, por lo tanto, para la comprensión y discriminación de las señales cognitivas sonoras es importante graduar los estímulos auditivos con estrategias de ecología ambiental ayuda a mejorar la percepción. La modulación y el condicionamiento de las conductas reactivas ante sensaciones aplicadas a situaciones ambientales que estimulen cualquier sentido, ya sean táctiles, visuales, auditivas de propiocepción, sabores y olores, ayudan a la modulación de la conducta.

Además, se menciona que las estrategias terapéuticas basadas en estimular la teoría de la mente, entendiendo por esto la atención compartida, el pensamiento y la empatía; son técnicas ampliamente usadas que son de utilidad en pacientes que tienen acceso cognitivo a la identificación y percepción ambiental.

Finalmente, como un suplemento del plan terapéutico se destacan los grupos terapéuticos. Los mismos deben estar enfocados en mejorar las habilidades sociales, aumentando las estrategias cognitivas para mejorar la apreciación social y las competencias ecológicas de conducta. No se ha comprobado la eficacia de estos grupos, pero los pacientes que participan en ellos tienen una mejoría en el uso de expresiones sociales.

En otro orden de cosas, en Reynoso et al., (2017) se determina que la utilización de fármacos es muy común para graduar las conductas repetitivas y disruptivas, y otros síntomas relacionados como la ansiedad, irritabilidad, depresión, entre otros.

Para las conductas repetitivas y disruptivas se utilizan fármacos antipsicóticos como la risperidona y el arpiprazole. La risperidona es un antipsicótico atípico con efectos favorables en la conducta repetitiva. En estudios controlados y aleatorizados se

ha demostrado una mejoría temporal en la conducta repetitiva, con disminución significativa de síntomas como hiperactividad, irritabilidad y conducta repetitiva. El arpiprazole, también un antipsicótico atípico, se ha utilizado particularmente en pacientes adolescentes, con efectos positivos en cuanto al control de síntomas de repetición, conducta disruptiva y acciones sin sentido dentro de sus efectos adversos encontramos ganancia ponderal, somnolencia, temblor y rigidez muscular.

Tanto la risperidona como el arpiprazole están aprobados por la Food and Drug Administration para el tratamiento de la irritabilidad en el TEA.

En cuanto a los síntomas de repetición, persistencia, respuestas exageradas al cambio de rutina en autismo, intolerancia al medio ambiente, tristeza y enojo se han tratado con inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) (fluoxetina, citalopram, paroxetina, fluvoxamina, sertralina). La fluoxetina es la más utilizada en menores de 12 años, presentan beneficios en los síntomas hasta en un 60%.

Por otro lado, para lograr la intención comunicativa, aumento de la comprensión y de la expresión espontánea se utilizan inhibidores como la acetilcolinesterasa (donepezilo, galatamina, mecamilamina, vereniclina). De igual manera, para tratar la atención y los problemas ejecutivos se utilizan inhibidores de la recaptura de dopamina y noradrenalina (bupropion, metilfenidato, lisdexanfetamina), los cuales mejoran los síntomas de inatención e hiperactividad, principalmente en pacientes con comorbilidad de TDAH.

En relación con los Trastornos del sueño, el tratamiento farmacológico más frecuente es la melatonina, seguidos por los alfa-agonistas; estos dos tratamientos mejoran significativamente los índices de calidad del sueño.

Otros medicamentos, como los anticonvulsivos son utilizados frecuentemente como moduladores conductuales. Los pacientes con TEA pueden tener epilepsia y estos medicamentos tienen un uso justificado, no se tiene un anticonvulsivo específico para autismo. Un porcentaje mayor de pacientes (alrededor del 20%) tendrán un EEG epileptiforme sin crisis convulsivas, son pacientes con autismo sin epilepsia y no tienen beneficios sintomáticos significativos al tomar antiepilépticos, por lo que no se recomiendan como tratamientos de primera línea para autismo, a menos de que la intención sea tratar epilepsia.

Por otra parte, fármacos como levetiracetam y lamotrigina presentaron efectos cognitivos positivos en los síntomas de autismo. El consenso es que los pacientes con TEA sin epilepsia que son tratados con anticonvulsivos como neuroestabilizadores no se

benefician en los síntomas sociales ni de repetición, solo tienen un beneficio en la irritabilidad y en las conductas agresivas.

Por último, los autores distinguen que la estrategia para escoger uno u otro medicamento es hacer una hipótesis sobre el síntoma predominante que queremos modificar y dar seguimiento clínico puntual sobre el efecto esperado. Si no se tiene esto en cuenta, existe el riesgo de incurrir en polifarmacia, lo cual aumenta la probabilidad de efectos adversos y no redundará en beneficio alguno para el paciente.

1.6.1 Tratamiento Psicopedagógico.

La terapia psicopedagógica juega un papel central en el tratamiento de las personas con autismo.

Reynoso et al., (2017) mencionan que como profesionales de salud mental se debe brindar asesoramiento, capacitación y tratamientos basados en las necesidades de cada niño, pues no se puede generalizar ya que cada caso tiene características y necesidades particulares.

Bertoldi & Brzozowski (2020) explican que el papel del psicopedagogo, tanto clínico como escolar, es mediar en la relación del alumno autista con la escuela y el maestro ya que es quien debe tomar la iniciativa en la inclusión escolar y en las relaciones de aprendizaje del niño autista. Esto implica una cuestión de adaptación que puede resultar extremadamente compleja y que probablemente necesite mayor individualización y atención. Por lo que la formación pedagógica y la psicológica harán la diferencia en la calidad del proceso de enseñanza-aprendizaje que tiene lugar en estos casos.

En relación a ello, las autoras comienzan señalando que el proceso de cognición, en su conjunto, es efectivamente vinculado a las relaciones afectivas. Es decir, el cariño y las emociones definen lo que se aprende o no, así como la calidad del aprendizaje. En las personas con espectro autista no sería diferente, las emociones tienen un papel primordial en el aprendizaje. Y al presentar dificultades para crear vínculos, aprender significativamente puede ocurrir menos de lo necesario o no ocurrir.

Por consiguiente, el proceso de enseñanza-aprendizaje sólo ocurrirá de manera real si el maestro, o cualquiera que enseñe, realmente conoce a su aprendiz.

Desde esta perspectiva, afirman que hay una necesidad urgente de entender que muchas de las respuestas sobre el proceso de aprender solo se pueden resolver si el maestro propone conocer a su aprendiz, que está diciendo o incluso a través de tu silencio, incluyendo formas inusuales de expresarse. Aquí, el papel del psicopedagogo es ayudar al profesor para conocer e identificar las fortalezas y dificultades del estudiante autista,

de modo que puede planificar contenidos conjuntamente, materiales adaptados y su aplicación.

En el ámbito educativo, el diagnóstico viene de los especialistas en salud por lo que el maestro puede sentirse intimidado. Entonces, es importante señalar que el papel del maestro es mediar en las relaciones de aprendizaje del estudiante y no ser un experto en el diagnóstico de autismo o cualquier otra condición.

Es necesario dar autoridad al maestro porque es quien realiza la evaluación pedagógica, y con ayuda del psicopedagogo, puede planificar y crear estrategias para aprendizaje de su estudiante. Sobre todo porque la visión y el rol del docente para la inclusión de los estudiantes autistas y su aprendizaje es primordial porque es a partir de sus concepciones y creencias que él pensará, actuará y sentirá sobre su individualidad. .

Finalmente, un aspecto del trabajo del psicopedagogo que señalan es conocer y saber cómo utilizar una variedad de métodos y técnicas que ayuden a desarrollar habilidades y adquirir conocimientos de acuerdo con las necesidades de cada individuo. Para ello, el profesional necesita aprender a observar, lo que permite conocer gustos y preferencias individuales y adaptar los planes de estudio y actividades conforme a estas preferencias, haciendo que el aprender sea más significativo.

1.7 Pronóstico y calidad de vida.

En general, el pronóstico de los pacientes es variable, dependerá de la atención temprana que se les brinde y también de la gravedad de las etiologías subyacentes (Vázquez-Villagrán et al., 2017).

Espín Jaime et al., (2013) mencionan que existen factores que se asocian con un mejor pronóstico como la presencia de lenguaje antes de los 6 años y un mayor CI (Coeficiente Intelectual). Además de estos factores, Vázquez-Villagrán et al., (2017) añaden que una intervención psicoterapéutica lo más temprana e intensiva posible también contribuye a un mejor pronóstico.

Dichos autores, aclaran que el mejor pronóstico lo tienen aquellos pacientes que tienen acceso a diferentes tratamientos, y con condiciones socio familiares que favorecen su desarrollo.

Por otro lado, vinculado a la calidad de vida, Vázquez-Villagrán et al., (2017) señalan que existen estudios que han evaluado la influencia que tienen sobre la calidad de vida variables como el coeficiente intelectual, el desarrollo temprano del lenguaje y las funciones ejecutivas diarias. Los mismos, evidenciaron que los niños con TEA mostraban una calidad de vida más baja que los niños con desarrollo

normal. Esta calidad de vida inferior se relaciona con niveles más altos de rasgos autistas y déficit de funciones ejecutivas.

También se tiene registro que, además del paciente, la familia tiene una significativa reducción en la calidad de vida que afecta a diferentes dominios (económico, social, educativo, psicológico).

Finalmente, se recomienda trabajar con los factores agravantes en el autismo y los déficits de funciones ejecutivas que están más asociados a una calidad de vida inferior, con la intención de mejorar las intervenciones y que, junto con los tratamientos individualizados, se pueda mejorar la calidad de vida en los pacientes y las familias.

Capítulo 2: “Condiciones del Espectro Autista y su distinción por géneros”.

2.1 Desarrollo temprano en hombres y mujeres con CEA.

Ruggieri & Arberas (2016) explican que el perfil cognitivo autista se describe como una variante extrema de la mente masculina, donde predomina la abstracción, la habilidad lógica y el pensamiento preciso; mientras que, las mujeres tienen un procesamiento mental más orientado a sentimientos e instintos, aspectos más relacionados con la empatía.

Trabajos recientes ponen en evidencia que esta diferencia en la empatía y la sistematización entre los varones y las mujeres con TEA se encuentra atenuada, aunque no ausente, lo que de algún modo permite confirmar este perfil tanto en varones como en mujeres con autismo.

Aun así, los autores señalan que, entre los 2 y 3 años, los varones y las mujeres con alto riesgo de desarrollar TEA, que luego padecieron autismo, exhiben iguales fenotipos conductuales con elevados niveles de intereses restringidos y conductas estereotipadas; lo cual, podría ser un factor predictor para ambos sexos de padecer. La diferencia se evidencia en los varones, a partir de los 3 años y en adultos también, ya que muestran mayores intereses restringidos y conductas repetitivas.

Otro aspecto en el que difieren, es que las mujeres, en general, tienen valores más bajos de gravedad en las pruebas de la escala de observación para el diagnóstico del autismo y mejor puntuación en las pruebas de motricidad fina.

No obstante, un estudio encontró que, cuando las mujeres con TEA se autocalificaban a través del cociente de espectro autista, tenían puntuaciones mayores que los varones aunque, cuando ellas eran evaluadas a través de la escala de observación para el diagnóstico del autismo, sus niveles eran más bajos que los varones autistas.

2.1.1 Factores de riesgo pre, peri y post natales asociados al género.

Lara et al., (2012) (como se citó en Ortas de Haro, 2020) señalan que, a lo largo de los años, múltiples estudios han investigado sobre el origen y la causa del autismo. Entre estos estudios, se destacan causas como las alteraciones del Sistema Nervioso Central, alteraciones en la densidad de las neuronas de las regiones límbicas, alteraciones genéticas en las regiones cromosómicas e incluso

existen propuestas que consideran las variables ambientales en relación con el grado de severidad del autismo.

Aun así, los autores distinguen que otras investigaciones analizan factores de tipo pre, peri y posnatal con el surgimiento del TEA.

En primer lugar, mencionan que algunos estudios defienden que el padecimiento de daños congénitos inducidos por algunas enfermedades en la madre puede afectar severamente a la estructura genética de los niños. Otros estudios, señalan que los edemas en la madre, el sangrado vaginal, el uso de medicación, los accidentes durante el periodo perinatal, las posiciones inapropiadas del feto, el parto inducido de forma precipitada y la labor del parto prolongada son factores de riesgo relevantes que pueden desembocar en un desarrollo del TEA.

Además, añaden que otro grupo de factores de riesgo altamente asociados con el autismo infantil lo constituyen variables como la avanzada edad materna y/o paterna, el bajo peso y pequeño tamaño del neonato, el tabaquismo recurrente de la madre durante el embarazo, el parto por cesárea, el antecedente materno de aborto espontáneo, las complicaciones pre y perinatales y las condiciones psicológicas y emocionales de la madre durante la gestación.

En segundo lugar, los mismos autores analizaron la relación entre los factores de riesgo con la aparición de las CEA en niños y niñas. La mayoría de los factores estudiados demostraron una mayor tendencia a la exposición de factores de riesgo en las niñas. En ellas, se observó una mayor la existencia de factores de riesgo prenatales de tipo psicosocial y de factores perinatales; mientras que, en los varones, se observó una mayor prevalencia de factores de riesgo prenatales de tipo médico-obstétrico.

Entre las madres de niñas con autismo sobresalieron las actividades fuertes o de exigencia moderada a nivel físico durante el periodo gestacional, sin embargo, en el caso de los niños se registró el desarrollo de actividades intensas y agotadoras en el mismo periodo, pero a nivel mental y cognitivo.

Por otra parte, los abortos espontáneos de la madre en el grupo de las niñas fueron más reducidos, mientras que las prácticas abortivas voluntarias fueron más frecuentes entre los varones; grupo en el que también se da más mortalidad fetal o de neonatos anteriores al hijo con autismo.

También, se destacó que fue más frecuente la aparición de sangrados vaginales en madres de niños con autismo. Lo cual, se considera desfavorable para la salud del feto y como predictor del autismo según los investigadores.

Por último, señalan que el número de niñas nacidas mediante cesárea duplica al de los niños.

2.1.2 Aspectos genéticos y neurobiológicos asociados al género.

Ruggieri & Arberas (2016) destacan que, en los últimos años, se han jerarquizado las bases neurobiológicas en la génesis de los TEA.

En primera instancia, mencionan que investigaciones recientes realizadas en personas con TEA, como el estudio del exoma completo o la identificación de variantes en el número de copias de nucleótidos (CNV) en el genoma, han arrojado evidencias significativas en poblacionales de gran magnitud. Se calcula que más del 30% de las personas con TEA muestra alteraciones en alguno de estos niveles, mayoritariamente identificadas como de novo, es decir, no heredadas de sus progenitores sanos.

También, se estima un total de 400 genes puntualmente involucrados en la génesis de los TEA, los cuales suelen relacionarse con la función o estructura sináptica.

Uno de los más destacados es el gen FMR1, que sintetiza la proteína FMRP, la cual se vincula con la regulación, el transporte, la estabilidad y la translación de más de 850 ARNm que estarían afectados en la sinapsis.

En segunda instancia, se enfatiza que Kang et al, (2011) (como se citó en Ruggieri & Arberas, 2016) identificaron 159 genes que presentan una expresión diferente entre varones y mujeres. Algunos de ellos eran genes presentes en los autosomas, mientras que otros estaban en los cromosomas sexuales, tanto en el X como en el Y.

Las mujeres muestran tres veces más cantidad de CNV deletéreos, así como varias veces más variantes de nucleótidos únicos (SNV) que los varones. Éstos alteran la secuencia génica, y afectan lógicamente a su expresión. El llamado efecto “protector” de las mujeres queda plasmado en el hecho de que muchas de estas SNV y CNV se heredan de las madres de estos niños, y ellas paradójicamente no están afectadas.

Los genes relacionados con el cromosoma Y, como EFIAY, NLGN4Y, DDX3Y y ZFY, desarrollan su mayor expresión durante el desarrollo prenatal, período en el cual se sientan las bases principales de las diferencias entre los sexos.

Por otro lado, genes presentes en ambos sexos muestran patrones de expresión diferencial en el sistema nervioso central, aunque muchos de estos aspectos aún no están completamente definidos.

En tercera instancia, ciertas mutaciones o variaciones observadas en varones y mujeres tienen diferencias clínicas significativas. Por ejemplo, modificaciones de SHANK1 en los varones se expresan como TEA o Asperger, mientras que idénticas mutaciones en las mujeres se traducen clínicamente en ansiedad sin completar criterios de TEA. Algunos de estos genes presentan una expresión diferencial durante el desarrollo embrionario cerebral, y muestran un sesgo preferencial en los varones, más notable durante el desarrollo embrionario, mientras que en los adultos estas diferencias resultan ser casi insignificantes.

En cuarta instancia, el análisis de transcriptomas también ha mostrado diferencias entre los varones y las mujeres en el desarrollo de la corteza prefrontal, exhibiendo evidencia práctica del dimorfismo sexual. Muchas de estas diferencias muestran oscilaciones a lo largo del desarrollo y en diferentes momentos de la vida, y pueden ejercer un cambio irreversible en la arquitectura cerebral, como en la plasticidad. En consecuencia, es lógico pensar que estas variaciones en el desarrollo prenatal permiten modular la vulnerabilidad para factores genéticos y ambientales, que se plasmarán en manifestaciones fenotípicas en el curso del desarrollo.

Por último, mencionan que las mutaciones reconocidas en los varones con TEA con bajo nivel cognitivo suelen ser muy semejantes a las de las mujeres con igual cuadro fenotípico. Hay una ocurrencia de TEA en las mujeres que suele vincularse a condiciones graves asociadas a discapacidad intelectual; y estos casos, son de fácil reconocimiento y diagnóstico.

2.1.3 *Alteración en la plasticidad neuronal asociados al género.*

Ruggieri & Arberas (2016) señalan que la plasticidad en la sinapsis muestra diferencias entre sexos, y se encuentran, por ejemplo, umbrales más bajos en los varones.

Diversos factores genéticos y epigenéticos pueden alterar la sinaptogenia y, por ende, la plasticidad cerebral.

Para su explicación, los autores hablan de un umbral disparador, o también conocido como “de disparo”. Se denomina umbral al nivel de acción requerido para que la acción plástica ocurra.

Los varones tienen más bajo el umbral de disparo de acción plástica. Esta situación, los predispone ya fisiológicamente a cambios genéticos sumados a

factores ambientales que activan más rápida y fácilmente la plasticidad y generan una verdadera hiperplasticidad con anormalidades en la sinaptogenia, la cual altera la formación de redes neuronales y afecta al aprendizaje a través de la experiencia y la memoria. Lo que se altera es la fortaleza sináptica y la plasticidad regional.

Esto podría explicar una mayor vulnerabilidad del sistema nervioso central en los varones a padecer trastornos del desarrollo, entre ellos, el autismo.

Por otra parte, algunas mutaciones pueden alterar el umbral, por lo cual, obviamente, los varones serían más sensible.

Finalmente, distinguen que, si bien es probable que la mayor prevalencia de TEA en los varones tenga una explicación neurobiológica, es factible que en los próximos años se pueda identificar un mayor número de mujeres con TEA si se reconocen sus características propias.

2.2 Diferencias en sus manifestaciones clínicas.

Hull et al., (2017) (como se citó en Montagut Asunción et al., 2018) enfatizan en que, tal y como ocurre con las diferencias de género en población infantil con desarrollo típico, existen diferencias de género en población infantil con TEA; y estas se pueden observar en algunos de los síntomas nucleares del TEA.

2.2.1 Diferencias en la interacción social.

Dean et al., (2014) (como se citó Montagut Asunción et al., 2018) realizó un estudio para explorar diferencias entre niños y niñas con TEA en relación con sus preferencias en las relaciones sociales y la socialización con pares del mismo género a fin de explicar las diferencias entre los dos grupos. Dicho estudio, arrojó que los niños con TEA prefieren relacionarse con niños del mismo género, tal y como ocurre habitualmente con los niños/as con desarrollo típico; mientras que, las niñas con TEA tienden a relacionarse con otros sujetos con TEA, ya sean niños o niñas.

Sin embargo, las niñas con TEA eran elegidas menos veces como amigas, en menos ocasiones como miembros de grupo o en menor medida como amigas no preferidas. Ello, podría deberse a que las niñas tienden a incluir en sus interacciones gestos como “risillas” o muecas para el establecimiento de la amistad, y la dificultad para el reconocimiento e interpretación de estas señales sociales provocan la exclusión de las niñas con TEA de los círculos sociales (Dean et al., 2017).

Por otro lado, Head, McGillivray & Stokes, (2014); Cridland, Jones, Caputi & Magee, (2014) (como se citó en Montagut Asunción et al., 2018) destacan que hay diferencias entre niños y niñas con TEA pero que muchas de las niñas con TEA

demuestran tener mayores habilidades sociales que los niños. Este fenómeno posiblemente se puede explicar por el beneficio que se asocia habitualmente a los rasgos femeninos ya que es posible observar cómo, en ocasiones, las niñas recurren a imitar las interacciones sociales de los adultos durante la infancia para crear y mantener amistades.

Sin embargo, Mandy et al., (2018) (como se citó en Montagut Asunción et al., 2018) señalan que en la adolescencia es donde la complejidad de las relaciones aumenta y se hacen evidentes sus dificultades. En relación a ello, Cridland et al., (2014); Dean et al., (2017) (como se citó en Montagut Asunción et al., 2018) mencionan que las relaciones adolescentes femeninas requieren habilidades más complejas como el compartir recíproco, el apoyo emocional, la resolución de problemas sociales, etc., mientras que los hombres se suelen centrar en “más hacer y menos hablar”.

En concordancia con lo anteriormente mencionado, Mandy et al., (2018) (como se citó en Cedano et al., 2020), a raíz de un estudio realizado, destaca que cerca de los siete años los niños presentaban mayores dificultades en el área social que las niñas. Dichas dificultades, disminuían entre los siete y diez años, y luego aumentaban en la adolescencia sólo en las niñas. Es decir, las féminas mostraban una exacerbación significativa de las dificultades sociales asociadas a autismo durante la adolescencia de modo que, en promedio, presentan mayores déficits sociales que a los siete años.

Este aparente incremento de alteraciones sociales en la adolescencia, en parte, puede ser resultado del aumento en las demandas sociales y la complejidad de las relaciones durante la adolescencia. Dicho aumento, hace más evidentes los déficits sociales que pudieron haber pasado como desapercibidos durante la infancia y niñez.

También, Ruggieri & Arberas, (2016) coinciden con el resto de los autores, señalando que en la escuela primaria las niñas con TEA pueden pasar desapercibidas pero que en la secundaria suelen padecer hostigamiento, lo que incrementa su grado de aislamiento. No obstante, destacan que las mujeres tienen claramente mayor inclinación social que los varones e incluso pueden tener una amiga seleccionada con la que comparten algunos intereses en común.

Por otro parte, Head et al., (2014) (como se citó en Cedano et al., 2020) encontraron que, aunque en términos generales las personas con autismo reflejan mayores déficits sociales, las féminas con TEA obtuvieron puntuaciones similares a

las de varones con desarrollo típico en un instrumento diseñado para medir la empatía, y la calidad y comprensión de las relaciones de amistad. Este hallazgo sugiere que, si bien las dificultades sociales de féminas con TEA son evidentes cuando se comparan con féminas típicas, su funcionamiento socioemocional puede parecer superficialmente similar al de varones típicos, y sus destrezas pueden estar considerablemente más desarrolladas que las de varones con TEA.

Por último, Sedgewick et al., (2016) (como se citó en Cedano et al., 2020) señala que se ha documentado que las niñas con TEA demuestran mayor motivación social y mantienen relaciones de amistad más íntimas que los niños con TEA. Sus experiencias sociales parecen más similares a las de los niños y niñas típicos que a las de niños con autismo. No obstante, las féminas con TEA presentan limitaciones en la comprensión de los conflictos relacionales. Lo cual, puede impactar en la calidad de sus relaciones y la efectividad con la que navega en el mundo social. Es decir, su mayor motivación podría permitirles iniciar el contacto social y establecer relaciones con otras personas, sin embargo, su reducida comprensión de las interacciones sociales y la comunicación, a veces intrincadas y complejas, puede dificultarles el poder afrontar y manejar adecuadamente situaciones novedosas. Esto, a su vez, puede contribuir a mayores tasas de aislamiento social y problemas emocionales en féminas con TEA.

2.2.2 Diferencias en los intereses y patrones de comportamiento restrictivos y repetitivos.

Montagut Asunción et al., (2018) señalan que en lo que respecta a los intereses restringidos y los comportamientos repetitivos, parece que no existen diferencias notorias en cuanto a género en este aspecto nuclear del TEA. Sin embargo, Harrop, Gulsrud, & Kasari, (2015) (como se citó en Montagut Asunción et al., 2018) destacan que los niños con TEA tienen una mayor tendencia que las niñas con TEA a mostrar intereses restringidos visuales, esta diferencia no se considera significativa. Asimismo, Dean et al., (2017); Ratto et al., (2018) (como se citó en Montagut Asunción et al., 2018) determinan que las niñas con TEA suelen mostrar intereses más “normales” como, por ejemplo, la lectura de libros, los animales, las celebridades o la moda. En relación a ello, Hiller, Young & Weber, (2014) (como se citó en Montagut Asunción et al., 2018) afirman que esto hace que resulte más difícil de clasificar como sintomático.

En concordancia con lo dicho, Allely, (2019); Halladay et al., (2015); Young, (2018) (como se citó en Cedano et al., 2020) sugieren que es menos

probable que los profesionales identifiquen conductas e intereses restringidos en féminas ya que estas no presentan comportamientos comúnmente asociados con autismo. Los intereses y comportamientos restringidos observados en féminas pueden ser percibidos como “normales” o socialmente aceptados según los roles de género, ya que los resultados del estudio revelaron que los principales intereses de féminas con TEA pertenecían a dos categorías: televisión como películas, escuchar música, videos de YouTube, programas particulares, utilizar tabletas electrónicas; o psicología como relaciones, emociones, imaginación, juegos de roles.

Duvekot et al., (2017); Frazier & Hardan, (2016); Frazier et al., (2014) (como se citó en Cedano et al., 2020) añaden que este hallazgo es uno de los factores asociados a que la prevalencia de autismo sea más baja en las féminas.

También, Nowell et al., (2019); McFayden et al., (2019) (como se citó Cedano et al., 2020) encontraron que un porcentaje significativamente mayor de féminas con TEA mostraban intereses restrictivos relacionados a constructos vivientes como personas y animales; mientras que, los intereses de los varones estaban más dirigidos a objetos como vehículos y símbolos.

Por último, un estudio realizado por Knutsen et al., (2019) (como se citó en Cedano et al., 2020) encontró que, aunque existían similitudes en la manifestación de síntomas asociados a conductas repetitivas o intereses restringidos en los varones y las féminas con TEA, las féminas de alto funcionamiento en edad preescolar y aquellas en escuela primaria con dificultades intelectuales, mostraban menos patrones de intereses restrictivos y comportamientos estereotipados que niños con TEA.

No obstante, McFayden et al., (2019) (como se citó en Cedano et al., 2020) señalan que se encontraron que los varones y las féminas presentaban puntuaciones similares en escalas que medían conductas estereotipadas/repetitivas; aunque los varones obtenían puntuaciones más severas en subescalas de intereses restringidos.

Por tanto, para poder diferenciar estos intereses e identificarlos como restringidos y repetitivos es necesario determinar su intensidad y calidad, y cómo estos afectan el funcionamiento social y adaptativo de la persona.

2.2.3 Diferencias en el uso del lenguaje.

En cuanto a las dificultades en habilidades lingüísticas, los resultados son dispares dependiendo de autores y de los aspectos del lenguaje que se hayan evaluado (Montagut Asunción et al., 2018).

En la línea de la investigación en habilidades narrativas, los autores mencionados anteriormente, destacan que Kauschke, Van der Beek, & Kamp-Becker (2016) encontraron que no había diferencias significativas en cuanto a la longitud de la historia, el volumen narrativo, la introducción de personajes en la historia, la orientación espacial y la cohesión en la narración.

Estos autores explican que las niñas y niños con TEA mencionan más detalles irrelevantes con más frecuencia pero estas diferencias no son significativas. Por tanto, las principales dimensiones de la competencia narrativa son similares en niñas y niños con TEA.

En relación al lenguaje interno, los autores hallaron que las niñas usaban más términos para los estados internos en general, especialmente refiriéndose con mayor frecuencia a las sensaciones fisiológicas y a la modalidad de los acontecimientos con términos de volición, obligación o intenciones. Además, parece que motivaban los estados internos con mayor frecuencia que los chicos, explicando las causas y consecuencias de la vida interior de los protagonistas de las historias, por ejemplo. Aparentemente, las chicas parecían reconocer los estados internos más que los niños, aunque estos no se extendían a términos emocionales.

Por otra parte, Menezes et al., (2018) (como se citó en Cedano et al., 2020) destacan que las personas con TEA que exhiben dificultades significativas en el lenguaje funcional, por lo cual enfrentan un reto para comunicar problemas emocionales. Sin embargo, Howe et al., (2015) (como se citó en Cedano et al., 2020) añade que se encontró que las féminas con TEA que poseen lenguaje desarrollado tienen unas habilidades adaptativas y sociales similares o mejor desarrolladas que los varones. Aun así, estas diferencias no se observaron entre los niños y niñas con TEA no verbales

Otras investigaciones como las de Howe et al., (2015); Øien et al., (2018); Sturrock et al., (2019) (como se citó en Cedano et al., 2020) señalan que las deficiencias en el lenguaje pragmático han sido frecuentemente observadas en las mujeres con autismo; quienes, para contrarrestarlas, utilizan estrategias como la imitación o la ausencia de respuesta. Aun así, dichas estrategias pueden ser interpretadas de manera errónea por los demás y causar interacciones negativas.

También, un estudio realizado por Sturrock et al., (2019) (como se citó en Cedano et al., 2020) reportó que las féminas con TEA de alto funcionamiento demostraron destrezas de vocabulario expresivo y receptivo, así como lenguaje sobre emociones similares a mujeres de la población normativa. No obstante, en el

lenguaje pragmático y semántica, se desempeñaron con menor capacidad que las mujeres de la población normativa.

En relación a ello, Gallardo-Paúls, (2009) (como se citó en Cedano et al., 2020) señala que, se puede sugerir, que este perfil de destrezas de lenguaje y comunicación les permite tener iniciativa en las interacciones sociales; pero que podrían tener dificultades respondiendo a contextos específicos que envuelven articulación, selección de palabras, pausas, autocorrección, modismos, metáforas, pertinencia, cantidad, veracidad, la intencionalidad del mensaje y el lenguaje no verbal. Los cuales, son componentes del nivel enunciativo de la pragmática del lenguaje.

2.2.4 Diferencias en la comorbilidad con otras patologías.

Stacy et al., (2014) (como se citó en Montagut Asunción et al., 2018) señalan que las mujeres presentan un número significativamente menor de trastornos asociados al TEA que los hombres, quienes pueden acumular dos o más diagnósticos comórbidos.

Dichos autores, destacan que la presencia de problemas de conducta tiende a ser significativamente mayor en las niñas que en los niños con TEA. Ellas tienen significativamente más dificultades de hiperactividad, falta de atención y problemas de conducta, que los niños con TEA. A su vez, también pueden presentar más problemas de sueño, ansiedad o depresión que los niños. Asimismo, Bargiela et al., (2016); Kreiser & White, (2015); McGillivray & Evert, (2014) (como se citó en Cedano et al., 2020) coinciden en que las féminas con TEA, con frecuencia presentan un perfil de trastornos internalizados como depresión, ansiedad, dificultades en la comunicación e interacciones sociales, problemas de sueño y síntomas somáticos, a diferencia de los varones con TEA, quienes comúnmente demuestran comportamientos externalizantes como hiperactividad/impulsividad y problemas de conducta.

Además, Eckerd, (2020) (como se citó en Cedano et al., 2020) señala que es común ver niñas y mujeres diagnosticadas con trastornos comórbidos como Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Trastornos de la Personalidad, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y Trastornos de la Alimentación

Por otra parte, Goodman, (1997); Ratto et al., (2018) (como se citó en Montagut Asunción et al., 2018) destacan que estos problemas severos en las niñas con TEA pueden conducir a dificultades de adaptación, resultando en un posible

sesgo de interpretación por parte de los padres; quienes esperarían más comportamientos socialmente deseados en las hijas que en los hijos.

Por último, algunos autores defienden que no se pueden observar diferencias significativas de género entre hombres y mujeres diagnosticados con TEA en cuanto a síntomas de psicopatología.

Los autores Worley & Matson, (2011); Solomon, Miller, Taylor, Hinshaw & Carter, (2012) (como se citó en Montagut Asunción et al., 2018) concluyen que no había diferencias entre niños con desarrollo típico y niños con TEA, así como tampoco entre niños y niñas con TEA en ninguna variable de las evaluadas: problemas de internalización, depresión o ansiedad. Estos resultados fueron obtenidos de la comparación de un grupo de niñas y niños con TEA con un grupo control.

2.2.5 Diferencias en el perfil cognitivo.

En lo que respecta a las dificultades en flexibilidad cognitiva, Memari et al., (2013) (como se citó en Montagut Asunción et al., 2018) destaca, según los resultados de su estudio, que las niñas cometen mayor cantidad de errores de perseverancia y que completan menos categorías que los niños, siendo inferior su rendimiento en esta tarea.

Dichos autores, realizaron su estudio asumiendo que los déficits de habilidades sociales y de comportamiento en niños y niñas con TEA estarían directamente asociados con deficiencias en la flexibilidad.

2.2.6 Diferencias en la recepción sensorial.

May, Cornish & Rinehart, (2016); Kumazaki et al., (2015) (como se citó en Montagut Asunción et al., 2018) determinan que en lo que se refiere a la reactividad a los estímulos sensoriales, parece que las diferencias tampoco son significativas.

Aunque, Kumazaki et al. (2015); May et al., (2016) (como se citó en Montagut Asunción et al., 2018) destacan que algunos estudios hablan de un uso más inverosímil del cuerpo, intereses más inapropiados y más movimientos motores repetitivos, así como dificultades en la comunicación y en la atención en los niños varones con TEA. Asimismo, May et al., (2016) (como se citó en Montagut Asunción et al., 2018) establece que ello también se puede ver en los niños con un desarrollo típico.

En cuanto a las mujeres en particular, Kumazaki et al., (2015) (como se citó en Montagut Asunción et al., 2018) señala que pueden tener muestras de disgusto por algunos olores, llegando a evitando situaciones en las que esos olores están presentes.

2.3 Diagnóstico de hombres y mujeres con CEA.

Ruggieri & Arberas, (2016) señalan que, desde los trabajos de Leo Kanner y Han Asperger, el predominio de los varones sobre las féminas en las muestras de investigación ha sido claro.

Lai et al., (2015); Øien et al., (2018) (como se citó en Cedano et al., 2020) sugieren que esto ha provocado un cierto grado de sesgo masculino y una falta de sensibilidad al fenotipo femenino en los criterios e instrumentos de diagnóstico debido a su construcción y validación con poblaciones predominantemente masculinas. Asimismo, Halladay et al., (2015); Young et al., (2018) (como se citó en Cedano et al., 2020) mencionan que esto se ha vinculado a sesgos por parte de los clínicos a la hora de emitir un diagnóstico. La combinación de estos factores tiene como resultado que menos féminas con TEA sean identificadas, y por lo tanto sean excluidas de estudios de investigación sobre este trastorno.

También, Mandy & Lai, (2017); Ratto et al., (2018) (como se citó en Cedano et al., 2020) coincide en que los conocimientos generados con relación al autismo continúan reflejando principalmente el fenotipo masculino.

En concordancia con ello, Rutherford et al., (2016) (como se citó en Cedano et al., 2020) plantean la hipótesis del camuflaje de Wing (1981), indicando que cada vez resulta más difícil para las niñas ocultar sus síntomas de TEA con el tiempo. Begger et al., (2013) (como se citó en Montagut Asunción et al., 2018) menciona que algunas niñas con TEA no cumplen a menudo con el modo de presentación de las dificultades sociales prototípicas del TEA cuando, por ejemplo, interactúan con niños más pequeños. Estas diferencias de género en la conducta de juego social, así como otras diferencias de género relacionadas con el comportamiento social y ritual, pueden interferir en el diagnóstico.

Begger et al. (2013); Giarelli et al., (2010); Mandy et al., (2012); Rutherford et al., (2016) (como se citó en Montagut Asunción et al., 2018) concluyen que las niñas siguen siendo diagnosticadas más tarde, en una media de 1,8 años más tarde, que los niños e incluso pueden no ser diagnosticadas.

No obstante, Rutter et al., (2003); Lord et al., (2012) (como se citó en Cedano et al., 2020) señalan que en los instrumentos considerados el estándar de oro

para el diagnóstico de autismo, el Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) y Autism Diagnostic Observation Schedule-2 (ADOS-2) las féminas y los varones mostraron una ejecución similar. Estos hallazgos sugieren que las féminas que cumplieron con los criterios diagnósticos en el ADI-R y el ADOS-2 mostraban mayores alteraciones en su funcionamiento que los varones con TEA.

Los autores concluyeron que las féminas requirieron de una presentación más evidente de rasgos de autismo para cumplir con los criterios de las medidas estándar de oro.

Por otro lado, Ratto et al., (2018) (como se citó en Cedano et al., 2020) señalan que estos instrumentos identifican con mayor certeza rasgos de autismo comúnmente manifestados en los varones. Sin embargo, Mussey et al., (2017) (como se citó en Cedano et al., 2020) mencionan, según los resultados de su estudio, que aunque niños y niñas con TEA obtenían puntuaciones similares en el Childhood Autism Rating Scale (CARS); las niñas obtenían puntuaciones más bajas en el Autism Diagnostic Observation Schedule– Generic (ADOS-G), particularmente en los módulos dos y tres. A raíz de ello, indicaron que aunque la importancia clínica de ese hallazgo era mínima en función de la magnitud de la diferencia, debe considerarse al interpretar los puntajes obtenidos por féminas y varones.

También, Mandy & Lai, (2017) (como se citó en Cedano et al., 2020) señala que es importante tener en cuenta que el ADOS es la medida de observación directa más utilizada para diagnosticar el TEA; y que los resultados de este y otros instrumentos durante los procesos de evaluación pueden tener un peso considerable a la hora de tomar decisiones clínicas.

Por su parte, Ormond et al., (2017) (como se citó en Cedano et al., 2020) mencionan que, Kopp & Gillberg (2011) señalaron que el Autism Spectrum Screening Questionnaire (ASSQ-REV) fue revisado en los últimos años para incluir una subescala de 18 ítems (ASSQ-GIRLS), con el propósito de capturar características consistentes con la presentación del TEA en féminas. A su vez, el mismo autor citado señala que Attwood et al. (2011) desarrollaron el Questionnaire for Autism Spectrum Conditions (Q-ASC) para poder identificar y proporcionar una medición temprana de los síntomas de TEA para las féminas. Además, que Hull et al., (2018) recientemente desarrollaron el Camouflaging Autistic Traits Questionnaire (CAT-Q). Este cuestionario fue desarrollado en base a las experiencias de “camuflaje” de los adultos con autismo, y que en escenarios clínicos

puede ser una herramienta útil para la detección de individuos que pueden pasar desapercibidos bajo los criterios actuales del TEA.

En general, la mayoría de los estudios que han evaluado diferencias de género respecto al proceso de evaluación y diagnóstico del TEA concluyen que estas diferencias son por lo general debidas a varias causas, como es la heterogeneidad de la muestra. Aun así, Dworzynski et al., (2012); May et al., (2014) (como se citó en Montagut Asunción et al., 2018) resaltan la importancia de tener en cuenta factores como el CI o la edad, entre otros. Debido a que, es posible que niñas con altos niveles de rasgos de TEA pero sin problemas intelectuales o de comportamiento adicionales no cumplan los criterios de diagnóstico porque, de alguna manera, hacen frente mejor al trastorno que los niños. Además, en relación a ello, Mandy et al., (2012) (como se citó en Montagut Asunción et al., 2018) añade que las mujeres con TEA de alto funcionamiento son expertas en la compensación de sus dificultades en ciertos contextos ya que consiguen que los síntomas pasen desapercibidos.

Por lo tanto, Kopp & Gillberg, (2011); Sipes, Matson, Workley & Kozlowski, (2011) (como se citó en Montagut Asunción et al., 2018) señalan que resulta crucial para establecer el diagnóstico tener en cuenta variables como el CI.

Con más motivo, Ratto et al., (2018) (como se citó en Montagut Asunción et al., 2018) añade que la ratio por género en el TEA varía según con un 2/1 para los casos de TEA con discapacidad intelectual asociada y un 6/1 para los casos de TEA sin discapacidad intelectual asociada.

2.4 Condiciones del Espectro Autista y Coeficiente Intelectual.

El concepto de inteligencia se relaciona con habilidades mentales y se expresa en el funcionamiento intelectual y capacidad cognitiva (Mulas & Rojas, 2018).

Los autores citados, señalan que la cognición está íntimamente relacionada con los conceptos de percepción, información, razonamiento, aprendizaje, lenguaje y comunicación, atención, memoria, resolución de problemas, planificación, toma de decisiones, habilidades esenciales para el comportamiento humano y para adaptarse al entorno de forma efectiva. Y que anatómicamente y funcionalmente, contribuyen con la inteligencia a nivel de corteza prefrontal, la memoria de trabajo y las funciones ejecutivas. En hipocampo y corteza órbita frontal, la memoria a largo plazo; en corteza órbita frontal, la toma de decisiones; en la sub-corteza límbica, el mediador emocional; en lóbulo parietal, las relaciones entre conceptos; y en cerebelo la coordinación física y mental en el rendimiento.

A su vez, los autores también mencionan que, en los últimos tiempos, ha evolucionado la concepción de la Discapacidad Intelectual (DI). Se ha abandonado el modelo basado en los déficits de la persona y de esta manera no son las deficiencias físicas, sensoriales o intelectuales las variables implicadas; sino que su funcionamiento depende en gran medida de las barreras y facilitadores con los que se encuentre en su entorno.

Cuando esta interacción con el entorno da lugar a un desequilibrio, que tiene un impacto en su participación plena y efectiva en la sociedad, se produce la discapacidad.

Seguidamente, destacan que la DI se asocia a una elevada comorbilidad tanto mayor cuando más grave es el nivel de DI. Incluyen dentro de la misma a los trastornos del espectro autista, estimando una prevalencia de discapacidad intelectual en torno a un 38%.

En concordancia con ello, Martos Pérez et al., (2018) también señalan la prevalencia del 38% de la discapacidad intelectual en los TEA, según los datos recogidos recientemente por el Centers for Disease Control and Prevention estadounidense. No obstante, mencionan, que la mayor parte de los estudios epidemiológicos de la última década, informan de una estimación más alta que podría situarse en el 50%.

Debido a esta gran incidencia, algunos trabajos han considerado la discapacidad intelectual como un trastorno comórbido con el autismo. Los mismos, han tratado de definir las características del autismo controlando la influencia que la capacidad intelectual provoca sobre el fenotipo.

A raíz de esto, se puede señalar que, dentro de la relativa variabilidad que muestran las trayectorias del funcionamiento cognitivo, parece existir mayor estabilidad en el CI cuando se trata de personas con autismo de buen nivel de funcionamiento cognitivo. La estabilidad es menor, e incluso el CI tiende a decrecer con la edad en las personas con autismo, cuando se asocia con discapacidad intelectual moderada.

En los análisis de medidas verbales y no verbales, el CI no verbal tiende a ser estable o decrecer, mientras que el CI verbal tiende a mostrar estabilidad o crecer.

Estos datos han llevado a algunos autores a afirmar que aquellos niños pequeños con CI no verbales bajos mostrarán, con mayor probabilidad, discapacidad intelectual en la edad adulta.

Por otra parte, investigaciones se han dedicado al estudio del Coeficiente Intelectual en relación al género de las personas con Condiciones del Espectro Autista.

Morán et al., 2019 señalan que la discapacidad intelectual (DI) parece desempeñar un papel importante en las proporciones de género de los TEA. Se estima que las proporciones de hombre a mujer disminuye a la mitad (2: 1) cuando el TEA se diagnostica junto con DI. Por lo tanto, Banach et al. (2009) (como se citó en Morán et al., 2019) mencionan que los hombres podrían estar sobre representados entre aquellos con altos niveles de funcionamiento y las mujeres estarían más igualmente representados entre los casos de bajo funcionamiento.

En relación a ello, Tsai & Beisler (1983); Tsai et al., (1981); Volkmar et al., (1999) (como se citó en Morán et al., 2019) explican que este hecho ha llevado a la creencia generalizada de que niñas y mujeres que reciben un diagnóstico de TEA presente síntomas más graves de TEA y funcionamiento intelectual más bajo, como lo demuestran las puntuaciones de CI. Sin embargo, Andersson et al., (2013); Baird et al., (2011); Begger et al., (2013); Kirkovski et al., (2013); Rubenstein et al., (2015), (como se citó en Morán et al., 2019) señalan que lo que ha podido ocurrir es que el diagnóstico de TEA ha sido tradicionalmente restringido a mujeres que presentan los rasgos clásicos de TEA junto con DI y bajos niveles de funcionamiento, mientras que el diagnóstico se pasa por alto con frecuencia para aquellos con alto funcionamiento, sin deterioro o deterioro leve del lenguaje funcional, y sin otras condiciones comorbilidades.

También, Arias et al., 2018 menciona que estudios realizados por La Malfa et al. (2004) y Matson & Shoe maker (2009) destacan que el TEA y la discapacidad intelectual (DI) a menudo coexisten.

Los Centros para el Control de Enfermedades (2012) estimó que aproximadamente el 38% de las personas con TEA tienen un diagnóstico comórbido de DI mientras que el 23,5% de las personas con DI tienen TEA. Aun así, La Malfa et al. 2004 (como se citó en Arias et al., 2018) estima un 70%, mientras que Bryson et al. 2008 (como se citó en Arias et al., 2018) estiman un 28%.

Además, aunque El TEA se diagnostica cuatro veces más frecuentemente en hombres que en las mujeres, Amiet et al. (2008); Halladay y col. (2015); Kirkovski y col. (2013); Rubenstein y col. (2015) (como se citó en Arias et al., 2018) señalan que las niñas con TEA a menudo tienen más DI severa y funcionamiento más deteriorado.

Los aumentos de DI también son más frecuentes en mujeres con TEA (46%) que en los hombres (37%). Estudios realizados por Bradley et al., (2004), Matson et al. (2009), Taheri et al. (2016), y Vicieli & Weiss (2015) (como se citó en Arias et al., 2018) coinciden que aquellos con un doble diagnóstico de TEA y DI tienen peores resultados que sus compañeros con DI en ausencia de TEA.

Por último, Martos Pérez et al., (2018) destacan que los proveedores de servicios para personas con TEA deberían tener en cuenta las medidas de CI y las medidas del funcionamiento adaptativo para la toma de decisiones educativas, terapéuticas y sobre los distintos recursos que puedan necesitar, ya que el papel de la inteligencia puede ser clave para abordar cambios en los procesos de estimulación, mejorar las predicciones acerca del pronóstico y evolución futura.

2.5 Diagnóstico en mujeres CEA.

Ortas de Haro, (2020) expone que, en general, en la historia del autismo no se ha caracterizado a niñas y mujeres autistas.

La prevalencia del TEA entre hombres y mujeres ha ido variando a lo largo de los años. En 1990 se hablaba de una mujer por cada 8/9 hombres; en otros estudios se mantiene la proporción 1/9 en el caso de niñas con discapacidad y 1/4 en casos de niñas Asperger. Según un estudio del University College of London, la proporción actual se situaría en 1 mujer por cada 3 hombres TEA.

Cepama, (2019) (como se citó en Ortas de Haro, 2020) señala que el motivo de que las mujeres hayan sido (y sigan siendo) las grandes invisibilizadas en el mundo del autismo podría deberse a diferentes razones como: los test de evaluación tienen importantes sesgos de género, las manifestaciones del TEA en las mujeres son totalmente diferentes a las mostradas en los hombres lo cual dificulta su identificación en entornos familiares, escolares e, incluso, médicos, y por último, muchos profesionales de diferentes ámbitos, no conocen ni se han planteado el autismo en femenino.

En concordancia con ello, Carvajal Torres et al., (2021) exponen diferentes hipótesis que responden a la problemática, y las dividen en diferentes tópicos: camuflaje, sesgo de género e intereses.

Respecto al Camuflaje, Lai et al., 2011 lo definen como el uso de estrategias por parte de personas con autismo para minimizar la visibilidad de su autismo en situaciones sociales. Además, añaden que es empleado para parecerse lo más posible a una persona neurotípica conductual y utilizado como una forma de afrontar situaciones sociales.

Por este motivo, Attwood, (2007); Bargiela, (2016); y Ala, (1981) (como se citó en Lai et al. 2019) proponen que el camuflaje es más común en mujeres con niveles cognitivos más alto y sobre todo en aquellas cuyas el autismo no se reconoce temprano en la vida.

Como apoyo a la hipótesis anteriormente mencionado, Gould, (2017); Dean et al., (2017) sugieren que las niñas con TEA enmascaran o camuflan sus síntomas. Bajo esta misma línea, los autores exponen que realizar camuflaje social requiere de un gran esfuerzo cognitivo por parte de las niñas y mujeres con TEA.

Dean et al., (2017) señalan que diversos autores como Dworzynski et al., (2012); Goul y Ashton-Smith, (2011); Tierney et al., (2016) exponen que las niñas son más capaces de camuflar síntomas de TEA en comparación a los niños y, además, de recurrir a comportamientos compensatorios que mitigan sus desafíos sociales, esto principalmente porque están más atentas e imitan los comportamientos sociales de las personas neurotípicas.

Según Gould (2017), las mujeres con TEA hay una mayor tendencia a camuflar las dificultades que surgen tanto en la interacción social como en la comunicación social, lo que hace que sea menos probable un diagnóstico oportuno de TEA. Según la misma autora, esta “adaptabilidad” a los contextos más sociales podría deberse a la experiencia social y a las demandas relacionadas con el género.

Siguiendo la misma línea, Parish-Morris et al., (2017) evidencia que niñas y mujeres con TEA presentan un camuflaje en relación con el ámbito de comunicación social, mímica social y el comportamiento típico. El lenguaje es un factor clave en el camuflaje social. Las niñas con TEA tienen más lenguaje, presentan más contacto visual y participan en la interacción social de una manera más emocional.

Por último, Milner, McIntosh & Happé (2019), sugieren que los hombres autistas no sienten tanta presión por camuflar sus síntomas para encajar, ya que están contentos con quienes son y se aceptan tal cual, situación opuesta a la de las mujeres.

En relación al sesgo de género, Kreiser y White, (2014) señalan que en el texto “ASD in females: Are We Overstating the Gender Difference in Diagnosis?” se exponen las ideas de Hartung & Widiger (1998) quienes declaran que, cuando los criterios de un diagnóstico son más característicos de un género, los hombres y mujeres manifiesten patrones diferentes ya que es probable que haya una sub-

representación en muestras de investigación y una subestimación de la ocurrencia del trastorno en el género menos frecuentemente diagnosticado.

Por su parte, Kreiser y White (2014) señalan que si se suman las experiencias socioculturales diferenciales y las investigaciones que sugieren diferencias en la manifestación de TEA entre hombres y mujeres, esto podría tener dos consecuencias potenciales para mujeres con TEA. Por un lado, podrían ser diagnosticadas con mayor facilidad debido a un mayor contraste entre las expectativas según género y las características según déficit y anormalidades sociales del trastorno (contraste dentro del género). Y por otro lado, pueden no ser tan fácilmente diagnosticadas debido a que la sintomatología difiere del prototipo clásico de TEA (presentación atípica o contraste dentro del diagnóstico).

Así mismo, dicho autores destacan que la American Psychiatric Association (2000) expuso que, tras hacer diferentes estudios con diferentes poblaciones, se han tenido que ampliar los criterios diagnósticos del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) porque se han dado cuenta de que hay diferentes formas de presentación entre hombres y mujeres.

Debido a ello, Moseley et al., (2018) señalan que es imperativo que la investigación del fenotipo autista femenino siga siendo prioridad. Por lo mismo, Kreiser y White, (2014) enuncian que se necesita ampliar la investigación psicométrica sobre el posible papel del género en la especificidad de las herramientas de detección y las evaluaciones existentes para TEA, así como también en la idoneidad de los umbrales o límites existentes para diagnosticar a una mujer con TEA.

Por último, en cuanto a los intereses se dice que son un factor importante respecto a diferencias clínicas entre hombres y mujeres.

Ruggieri y Arberas, (2016) hacen referencia a las ideas de Halladay et al. (2015), exponiendo que los hombres tienen intereses en aficiones, cosas o hechos, mientras que las mujeres presentan mayor atracción en la información de las personas que en las cosas. Es por eso que los intereses y fijaciones de los hombres se perciben y notan mucho más, ya que no es común que se aficien con cosas, como los dinosaurios, los números, los aviones, etc., en comparación con los intereses de las mujeres que son más ‘sutiles’ por el hecho de que se acercan más a los estereotipos esperados, como animales, moda, celebridades, etc.

De igual manera, esto no quiere decir que todas las niñas tienen estos intereses, sino más bien se generaliza para dar a entender la idea.

Además, dichos autores exponen que las mujeres tienen a presentar más interés en cosas más comunes con su género y sus pares. La diferencia está en la intensidad y calidad de éste, lo que afecta su funcionamiento social por ser el hecho de presentar un interés acotado y restringido.

Por último, los autores añaden que es en la pubertad donde se comienzan a generar las primeras diferencias entre hombres y mujeres respecto a los intereses, ya que es durante esta época donde habitualmente se amplían los intereses sociales, lo que conlleva que niñas con TEA queden en un mundo más infantil, limitado y con intereses restringidos según lo esperado. Esta podría ser una de las razones por las que niñas con TEA tienden a no ser diagnosticadas de manera temprana durante la niñez, ya que una vez alcanzada la adolescencia se comienzan a notar más estas diferencias respecto a sus compañeras neurotípicas.

2.5.1 Importancia de la identificación y el diagnóstico en mujeres.

Cedano et al., (2020) mencionan mediante diversos autores la importancia de la identificación y el diagnóstico en mujeres con CEA.

Para comenzar, Fernell et al., (2013); Koegel, et al., (2014) (como se citó en Cedano et al., 2020) explican que existe amplia evidencia en la literatura que señala la importancia de establecer un diagnóstico temprano de TEA, así como los beneficios de la provisión de intervención temprana y ambientes adecuados a niños y niñas con TEA.

En relación a ello, Koegel, et al., (2014) (como se citó en Cedano et al., 2020) señalan que la ausencia de la provisión de dichos servicios ha sido identificada como un factor de riesgo para una peor prognosis. A pesar de esto, Rutherford et al., (2016) menciona que las féminas son referidas y diagnosticadas significativamente más tarde que los varones.

Eckerd, (2020); Ratto et al., (2017); Van WijngaardenCremers et al., (2014) (como se citó en Cedano et al., 2020) destacan que el diagnóstico tardío incrementa aún más si sus capacidades intelectuales están intactas y no aparentan tener debilidades en el lenguaje. También, Dworzynski et al. (2012) (como se citó en Cedano et al. 2020) encontraron que las niñas sin problemas intelectuales o conductuales tenían una menor probabilidad de ser diagnosticadas con TEA en comparación a varones, aun presentando niveles altos de rasgos de TEA. Sólo 38% de las niñas de la cohorte estudiada fueron diagnosticadas con TEA en comparación al 56% de los varones.

Dicha falta de diagnóstico correcto para las féminas con TEA puede contribuir al desarrollo o exacerbación de condiciones psiquiátricas comórbidas ya que las mismas no reciben el apoyo adecuado.

Por último, Bargiela et al., (2016); Milner et al., (2019) (como se citó en Cedano et al. 2020) señalan que estudios con mujeres diagnosticadas con TEA durante la adolescencia y adultez, han documentado niveles altos de ansiedad, angustia y otros problemas de internalización, así como experiencias de acoso y abuso debido a sus dificultades en comprensión social e intentos de camuflar sus síntomas para tratar de encajar con pares). Dichos estudios han documentado, además, cómo sus dificultades asociadas al TEA son frecuentemente malentendidas o malinterpretadas por pares y adultos. Por un lado, Bargiela et al., (2016) (como se citó en Cedano et al. 2020) mencionan que sus conductas, en vez de ser identificadas como relacionadas a TEA, son, con frecuencia, interpretadas como desafinamiento o vagancia. Por otro lado, Milner et al., (2019) (como se citó en Cedano et al. 2020) señalan que sus intentos para enmascarar sus síntomas, con frecuencia llevan al agotamiento o a problemas de salud mental, y no necesariamente reducen la presencia de sentimientos de aislamiento social.

MARCO METODOLÓGICO

Capítulo 3: Esquema del trabajo de campo.

3.1 Planteo del problema de investigación.

3.1.1 *Fundamentación.*

Desde su definición por Kanner en 1943, el autismo se ha presentado como un mundo lejano, extraño y lleno de enigmas (...), a pesar de la enorme cantidad de investigaciones realizadas durante más de medio siglo, sigue ocultando su origen y gran parte de su naturaleza, y presenta desafíos difíciles a la intervención educativa y terapéutica (Rivière, 1997). Es por ello que, la posibilidad de determinar sus características a lo largo del tiempo tendrá una gran repercusión en el pronóstico y en las predicciones que se puedan hacer. En ese sentido, el cociente intelectual y su posible estabilidad a lo largo del ciclo vital pueden ayudar a definir mejor el fenotipo del trastorno y sus necesidades asociadas. (Martos Pérez et al., 2018; p. 39).

Desde los años sesenta, se conoce el hecho de que el cociente intelectual es el mejor predictor pronóstico en los casos de autismo (Rutter & Schopler, 1987; Lord & Schopler, 1988). Además, posee en estos casos propiedades de fiabilidad, estabilidad a lo largo del tiempo y validez semejantes a las que se dan en otras poblaciones, y que permiten rechazar la idea, propia del primer período de conceptualización del autismo, de que las valoraciones de CI carecen de valor en el caso de los niños y adultos autistas (Rivière, 1997).

Es por esa razón que, conocer con mayor claridad las posibles variaciones de CI (o su estabilidad) durante la primera infancia, y la relación entre esa variabilidad y la manera en la que se manifiesta el cuadro en los primeros años de vida, permitiría a los clínicos hacer mejores predicciones acerca del pronóstico y evolución futura de esos niños y ayudaría a las familias a ajustar sus expectativas (Martos Pérez et al., 2018; p. 43).

En la actualidad, se reconoce un proceso de diagnóstico con un mayor enfoque psicopedagógico integral, donde se parte del criterio de que cada sujeto es único e insustituible y revela las características propias de su desarrollo personal. La ejecución

del diagnóstico psicopedagógico exige el dominio de ciertas técnicas y conocimientos psicológicos donde es preciso tener en cuenta que el momento del examen en sí es solo una parte del trabajo de evaluación (Massani Enríquez et al., 2015, p.146).

Además, Manssani Enríquez et al. (2015) expresa que otro aspecto importante es la interpretación de la información que se obtiene.

No basta con observar, realizar entrevistas o pretender medir procesos psíquicos; de los aparentes inconexos datos obtenidos ha de surgir un cuadro de conjunto que no solo debe mostrar el nivel de desarrollo actual de procesos o propiedades psíquicas, sino que han de hacer comprensibles rendimientos y/o habilidades así como potencialidades, siendo necesario para ello penetrar en la naturaleza de los procesos y cualidades personales.

Determinando así que, el diagnóstico psicopedagógico es un paso previo a la intervención, donde se debe tener en cuenta a través de la evaluación, la exploración detallada de las fortalezas y debilidades de la persona y su entorno para poder determinar las particularidades que distinguen al niño(a) y lo diferencian de otras personas con el mismo diagnóstico (p.147).

Por último, cabe aclarar que,

El diagnóstico del autismo no corresponde sólo al psicopedagogo, sino que es y debe ser "multiaxial" (incluye aspectos neurobiológicos, psicológicos, educativos, sociales, etc.) y multidisciplinario. Pero el psicopedagogo es quien debe relacionar el conjunto de datos obtenidos con las posibilidades y necesidades educativas del niño, y éstas últimas con ofertas educativas concretas. De este modo, el informe psicopedagógico debe convertirse en el "input final", y claramente asimilable por los profesores, que permite convertir el conocimiento en desarrollo; el conocimiento del niño autista y de sus contextos, en educación y desarrollo del propio niño (Rivière, 1997, p. 31).

En función de lo expuesto, se cree que es de suma importancia realizar una investigación para conocer la incidencia que posee el Coeficiente Intelectual como predictor acerca del pronóstico y evolución futura de niños y niñas con Condiciones del Espectro Autista, así como también, su variabilidad vinculada al género de niños y niñas con dichas condiciones. En virtud de ello, los profesionales psicopedagogos podrán confeccionar herramientas que se adapten al perfil de desarrollo del niño o niña; previniendo futuras dificultades asociadas a la trayectoria atípica de su desarrollo que podrían repercutir en sus habilidades sociales, adaptativas y académicas. Respecto a esta última, poseer conocimiento sobre la capacidad

intelectual del niño o niña estudiante, le facilitará al profesional dar respuesta a las posibles necesidades educativas del estudiante para permitirle el acceso a los aprendizajes y una mayor inclusión educativa.

3.1.2 Tema.

La variabilidad del Coeficiente Intelectual (CI) asociada al género de niños y niñas con Condiciones del Espectro Autista (CEA).

3.1.3 Preguntas de investigación.

1. ¿Qué características posee el Coeficiente Intelectual en niños y niñas con Condiciones del Espectro Autista?
2. ¿Varia el Coeficiente Intelectual en niños y niñas con Condiciones del Espectro Autista?
3. ¿Qué conocimientos poseen los profesionales psicopedagogos en relación al Coeficiente Intelectual y la diferencia del mismo asociada al género de niños y niñas con Condiciones del Espectro Autista?

3.1.4 Objetivo general y objetivos específicos.

Objetivo general

Analizar los conocimientos que poseen los profesionales psicopedagogos en relación a la diferencia en el Coeficiente Intelectual asociada al género en niños y niñas con Condiciones del Espectro Autista.

Objetivos específicos

1. Caracterizar el Coeficiente Intelectual en niños y niñas con Condiciones del Espectro Autista.
2. Describir la variabilidad del Coeficiente Intelectual vinculada al género de niños y niñas con dichas condiciones según investigaciones actuales.
3. Indagar los conocimientos que poseen los profesionales psicopedagogos en relación al Coeficiente Intelectual y la diferencia del mismo asociada al género de niños y niñas con Condiciones del Espectro Autista.
4. Inferir en qué medida dichos conocimientos pueden afectar el diagnóstico.

3.1.5 Hipótesis.

Según Hernandez Sampieri et al. (2010), las hipótesis son proposiciones tentativas acerca de las posibles relaciones entre dos o más variables. Específicamente

en aquellas hipótesis de tipo descriptiva, se intentará predecir un dato o valor en dichas variables que se van a medir.

Partiendo del tema que se pretende desarrollar, se deriva a la hipótesis de que existe una variabilidad del Coeficiente Intelectual vinculada al género de niños y niñas con Condiciones del Espectro Autista desconocida por parte de los profesionales psicopedagogos lo cual puede influir en un diagnóstico oportuno.

3.2 Selección del diseño de investigación.

Frente a la presente investigación, se decidió que es pertinente la elección y el desarrollo de un diseño no experimental, pertinente a un enfoque cuantitativo, el cual podría definirse como la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables. En un estudio no experimental no se genera ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente en la investigación por quien la realiza (Hernández Sampieri et al., 2010). Dicho estudio no experimental, es de tipo transversal dado que recolecta datos en un solo momento (p.151).

3.3 Definición del tipo de investigación.

Un enfoque de investigación cuantitativo fue lo más pertinente dado que conduce a una explicación sobre cómo se concibe la realidad. De acuerdo con Hernández Sampieri et al. (2010), en los estudios cuantitativos se intenta explicar y predecir los fenómenos investigados, buscando regularidades y relaciones causales entre elementos, por tanto es la investigación es debe ser lo más “objetiva” posible ya que dichos fenómenos se observan y/o miden no son afectados por el investigador.

En cuanto al alcance del estudio, es de tipo descriptivo ya que tiene como objetivo indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población. (p.152). En este caso, resulto conveniente para indagar si los profesionales psicopedagogos poseen conocimiento sobre la variabilidad del Coeficiente Intelectual asociada al género de niños y niñas con Condiciones de Espectro Autista.

3.4 Delimitación de la investigación: unidades de análisis.

3.4.1 Especialistas entrevistados.

La muestra es un grupo de personas, eventos, sucesos, comunidades, etc., sobre el cual se habrán de recolectar los datos, sin que necesariamente sea representativo del universo o población que se estudia (Hernández Sampieri et al., 2010). En la presente investigación, dicha muestra la constituyen profesionales del área de la psicopedagogía.

Los participantes de la muestra son voluntarios, según Hernández Sampieri et al. (2010), ya que son individuos que voluntariamente acceden a participar en un estudio. Además, siguiendo al mismo autor, se podría considerar una muestra por conveniencia dado que son casos disponibles a los cuales tenemos acceso.

El grupo de profesionales entrevistados en el presente estudio, lo constituyen en su totalidad Licenciadas en Psicopedagogía, que adicionalmente poseen conocimientos específicos en diferentes áreas. También, la totalidad de la muestra es de género femenino. Sus años de ejercicio profesional oscilan entre menos de 5 años y más de 10 años en los ámbitos institucional, clínico y preventivo.

En cuanto a sus lugares de pertenencia, se destacan las provincias de Santa Fe, Entre Ríos y Buenos Aires.

3.5 Técnicas de recolección de datos.

3.5.1 Instrumentos utilizados.

Recolectar los datos implica elaborar un plan detallado de procedimientos que nos conduzcan a reunir datos con un propósito específico (Hernández Sampieri et al., 2010). En la presente investigación, se decidió emplear un cuestionario como técnica de recolección de los datos para conocer las variables de interés.

Según los autores anteriormente mencionados, el cuestionario consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir. En este caso, el instrumento es oportuno ya que además de poseer preguntas cerradas tendrá otras abiertas que permitirán ampliar la información aportada y analizarla cualitativamente. Su finalidad fue delimitar las posibilidades de respuestas a los participantes para valorar con exactitud el nivel de conocimiento que se posee respecto a la incidencia del Coeficiente Intelectual en niños y niñas con Condiciones del Espectro Autista, y su variabilidad vinculada al género. Ello, fue fundamental para poder posteriormente elaborar inferencias y un análisis.

3.6 Procedimiento de recolección de datos.

Atendiendo al procedimiento de recolección de datos, en primer lugar, se invitó por medio de una nota formal a formar parte del proceso de investigación a aquellos profesionales de la Psicopedagogía que son docentes en la carrera de Licenciatura y Profesorado en Psicopedagogía de una Universidad privada de la ciudad de Rosario. Dicha nota, fue enviada mediante correo electrónico a sus destinatarios exponiendo el

propósito de la invitación, el dispositivo que se utilizará, el tiempo que requería su participación y, finalmente, el objetivo del estudio.

Paralelamente, se recurrió a realizar dicha invitación mediante la aplicación WhatsApp a personas cercanas que también son profesionales del área.

Al no obtener el margen de respuestas esperado, como último recurso, se realizó una publicación con la misma invitación en dos distintos grupos de la red social Facebook.

Teniendo en cuenta los diversos medios recurridos, se buscó establecer comunicación con un total de 27 profesionales del área. Sin embargo, se logró conseguir 12 contactos. Inmediatamente, se les envió el cuestionario y se recibieron las 12 respuestas.

Capítulo 4: Análisis de los datos.

4.1 Caracterización de los participantes.

Para iniciar con el análisis de los datos recolectados mediante un cuestionario, se consideró conveniente primeramente caracterizar a las profesionales que respondieron al mismo.

La muestra está compuesta por 12 personas de género femenino de entre 23 a 42 años oriundas de las provincias de Santa Fe, Entre Ríos y Buenos Aires. Todas ellas, son Licenciadas en Psicopedagogía con estudios adicionales en diversas áreas de interés disciplinar.

En cuanto a los años de ejercicio profesional, se observa que el 58.3% posee de 5 a 10 años de antigüedad laboral, es decir 7 de las encuestadas. Luego, sigue con un 25% aquellos profesionales que tienen más de 10 años y, por último, con un 16.7% los profesionales que poseen menos de 5 años de ejercicio profesional; siendo estos sólo dos personas de la muestra total.

Respecto a los ámbitos laborales en los que se han desempeñado, la totalidad de la muestra posee experiencia en el área clínica. Mientras que, el 91.7%, es decir 11 de las participantes, se ha desempeñado en el ámbito institucional. Por último, sólo 1 persona se ha desempeñado en ámbito preventivo y sólo 1 en otro ámbito, como lo es la docencia.

A continuación, con el fin de facilitar la comprensión de dicha caracterización, se mostrará en un primer gráfico circular la información brindada en cuanto a los años de ejercicio profesional que poseen las encuestadas, y un segundo vinculado a los ámbitos en los que se han desempeñado profesionalmente.

GRÁFICO N° 1: Años de ejercicio profesional.

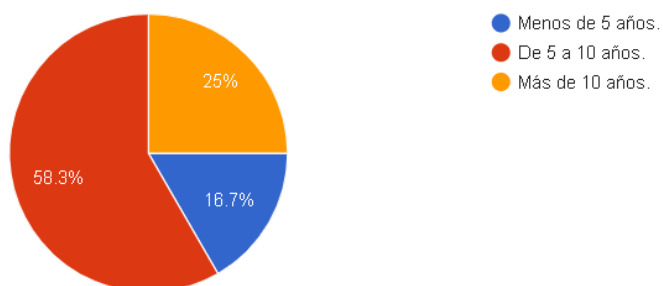
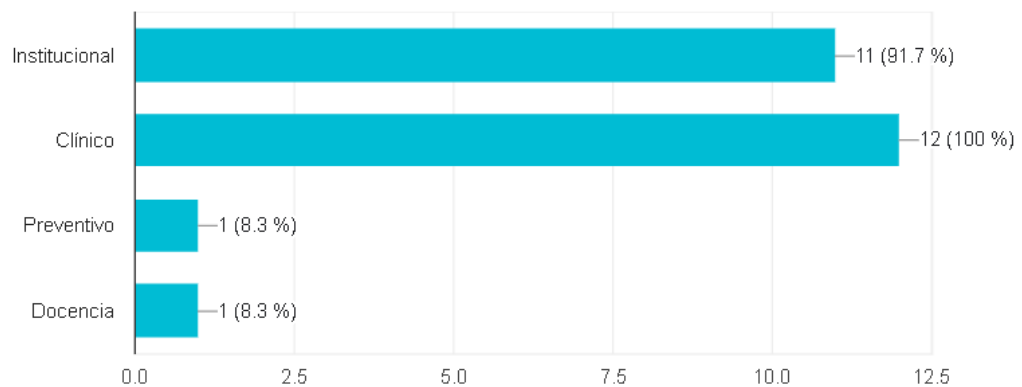


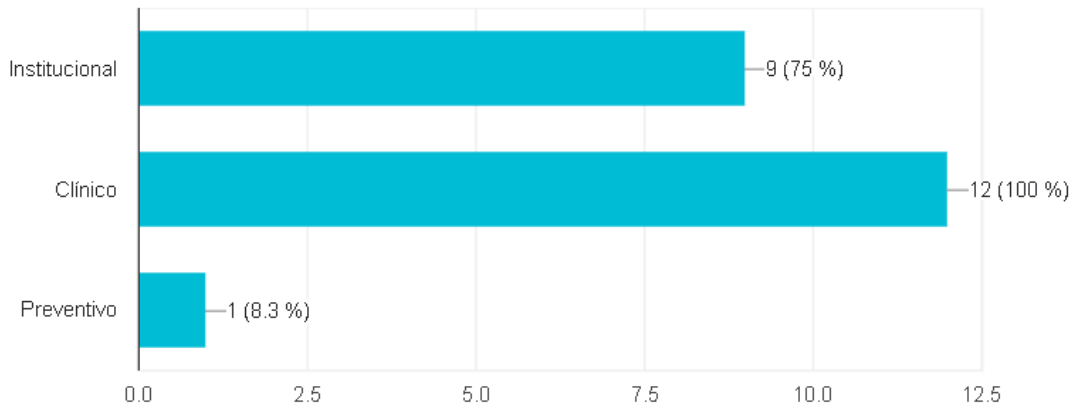
GRÁFICO N°2: Ámbitos de desempeño profesional.



Por otro lado, para introducir a las profesionales a la temática del estudio, se les pregunto si actualmente se encuentran trabajando o ha trabajado con niños y/o niñas con Condiciones del Espectro Autista. La totalidad de las encuestadas tuvo una respuesta afirmativa. Ante la misma, se les repreguntó respecto a los ámbitos laborales en los que se encuentra o se encontraba cuando trabajo con niños y/o niñas dichas condiciones.

En el siguiente gráfico se han de visualizar las respuestas al interrogante.

GRÁFICO N° 3: Ámbitos laborales en lo que se trabaja o se trabajó con niños y/o niñas con CEA.



La totalidad de la muestra lo ha hecho en el ámbito clínico. Un 75%, es decir 9 de las encuestadas, en el ámbito institucional. Y por último, sólo 1 persona en el ámbito preventivo, constituyendo el 8.3% del total.

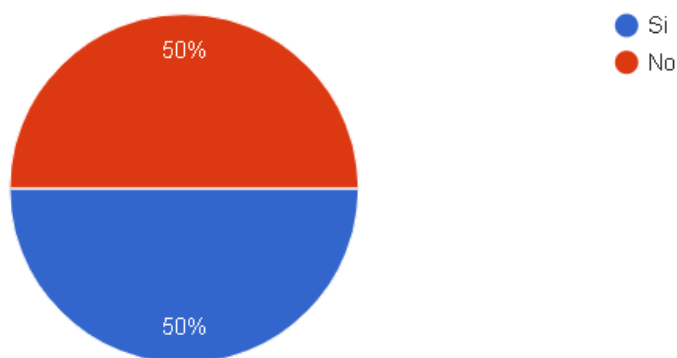
4.2 Análisis.

A continuación se procederá a analizar las respuestas a los interrogantes estrechamente vinculados a la temática del estudio. Cabe aclarar que cada una de las personas debió contestar a la misma serie de preguntas a partir de sus conocimientos y experiencias, sin nutrirse de información externa.

En primer lugar, se les pidió a las encuestadas que respondieran si consideran que el género influye en las manifestaciones de los signos clínicos de las Condiciones del Espectro Autista y que, seguidamente en otra sección, justifiquen su elección.

Se expone un gráfico circular a fin de facilitar la visualización de las respuestas sobre dicho interrogante.

GRÁFICO N° 4: El género influye en las manifestaciones de los signos clínicos de las Condiciones del Espectro Autista.



La mitad de la muestra tuvo una respuesta afirmativa, coincidiendo en la prevalencia de la condición en hombres sobre mujeres, en el reconocimiento de manifestaciones clínicas propias del Espectro y en aquellas diferenciadas por el género, sobre todo reconocen el predominio de habilidades sociales en el género femenino.

Esto se relaciona con lo dicho por Ceferino et. al. (2019) (como se citó en De Cerchio 2020), quien reconoce una prevalencia general para el Espectro de 1/100 siendo los niños afectados 4-5 veces más que las niñas (p.13). Además, Arberas & Ruggieri (2019) mencionan que esto puede ser porque las mujeres poseen el doble de carga genética patogénica que la que poseen los varones afectados. Ello explicaría la menor prevalencia en ellas, variando la relación varón/mujer desde 3-4 a 1 hasta 11 a 1 en personas con autismo de alto funcionamiento.

También, Ortas de Haro (2020) expone que, en general, en la historia del autismo no se ha caracterizado a niñas y mujeres autistas. Reconoce que la prevalencia del TEA entre hombres y mujeres ha ido variando a lo largo de los años y que, según un estudio de University College of London, la proporción actual se situaría en 1 mujer por cada 3 hombres TEA.

Cepama (2019) (como se citó en Ortas de Haro 2020), señala que el motivo de que las mujeres hayan sido (y sigan siendo) las grandes invisibilizadas en el mundo del autismo podría deberse a diferentes razones como: los test de evaluación tienen

importantes sesgos de género, las manifestaciones del TEA en mujeres son totalmente diferentes a las mostradas en los hombres lo cual dificulta su identificación en entornos familiares, escolares e incluso médicos y, por último, muchos profesionales de diferentes ámbitos no conocen ni se han planteado el autismo en femenino.

En concordancia con ello, Carvajal Torres et al. (2021) explican las diferentes hipótesis que responden a dicha problemática y las dividen en diferentes tópicos: camuflaje, sesos de género e intereses.

El camuflaje está estrechamente vinculado a la puesta en práctica de las habilidades sociales en mujeres con CEA que han visibilizado las encuestadas. Por tal motivo, resulta conveniente hacer referencia a Lai et al. (2011), quienes describen al camuflaje como el uso de estrategias por parte de las personas con autismo para minimizar la visibilidad de su autismo en situaciones sociales. Attwood (2007), Bargiela (2016) y Ala (1981) (como se citó en Lai et al. 2019) reconocen que el camuflaje es más común en mujeres con niveles cognitivos más altos y sobre todo en aquellas cuyas el autismo no se reconoce temprano en la vida.

Además, Dean et al. (2017) señalan que diversos autores como Dworzynski et al. (2012), Goul y Ashton-Smith (2011) y Tierney et al. (2016) exponen que las niñas son más capaces de camuflar síntomas de TEA en comparación a los niños y a recurrir a comportamientos compensatorios que mitigan sus desafíos sociales. Esto principalmente porque están más atentas e imitan los comportamientos sociales de las personas neurotípicas.

En relación a esto último, Gould (2017) menciona que en las mujeres con TEA hay una mayor tendencia a camuflar las dificultades que surgen tanto en la interacción social como en la comunicación social, lo que hace que sea menos probable un diagnóstico oportuno de TEA. Según la autora, esta adaptabilidad a los contextos más sociales podría deberse a la experiencia social y a las demandas relacionadas con el género. En cambio, los hombres autistas no sienten tanta presión por camuflar sus síntomas para encajar según lo sugerido por Milner, McIntosh & Happé (2019).

Respecto a la otra mitad de la muestra, la cual respondió de forma negativa, coinciden en que han trabajado sólo, o con más, niños/varones con CEA, consideran que no existen diferentes manifestaciones clínicas entre géneros o que sólo han advertido patrones propios del Espectro en ambos géneros, como la misma base social y conductual.

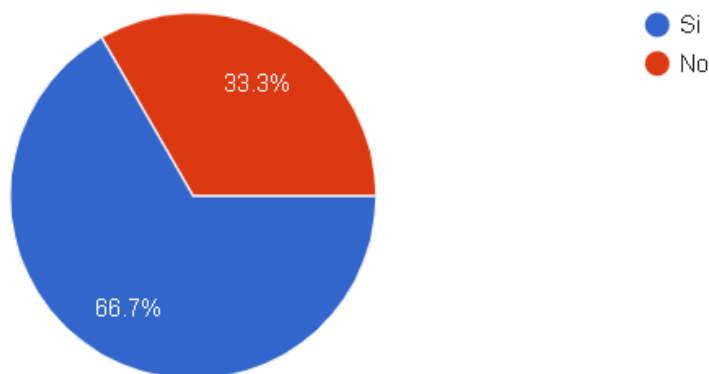
El hecho de que los profesionales hayan trabajado sólo, o con más, niños que niñas con CEA comprueba, de cierto modo, el índice de prevalencia existente de la condición respecto al género tal como se ha detallado con anterioridad.

Sobre las manifestaciones clínicas de los pacientes con CEA, se reconoce que varían de persona a persona pero la Asociación Americana de Psiquiatría (APA por sus siglas en inglés para American Psychiatric Association), en su quinta edición (2013), determina que las manifestaciones clínicas se podrían dividir en dos dominios: a) Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos. b) Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades. Siendo ello coincidente con la aparente apreciación de las encuestadas. Sin embargo, cabe aclarar que autores como Hull et al. (2017) (como se citó en Montagut Asunción et al. 2018) enfatizan en que, tal y como ocurre con las diferencias de género en población infantil con desarrollo típico, existen diferencias de género en población con TEA; y que estas, se pueden observar en algunos de los síntomas nucleares del TEA.

En segundo lugar, se le pidió a las encuestadas que respondan si consideran que el Coeficiente Intelectual desempeña un papel importante en dichas manifestaciones clínicas y que, seguidamente en otra sección, fundamenten el por qué.

Un 66.7% de la muestra respondió un sí, es decir 8 de las encuestadas, el 33.3% restante seleccionó que no. Estas respuestas se pueden ver plasmadas en el siguiente gráfico:

GRÁFICO N° 5: El Coeficiente Intelectual desempeña un papel importante en las manifestaciones clínicas de niños y niñas con CEA.



Aquellos profesionales que seleccionaron una respuesta afirmativa coinciden en la gran relevancia que debe tener su consideración ya que condiciona el pronóstico y calidad de vida de los pacientes.

En relación a ello, Martos Pérez et al. (2018) destacan que los proveedores de servicios para personas con TEA deberían tener en cuenta las medidas de CI y las medidas del funcionamiento adaptativo para la toma de decisiones educativas, terapéuticas, y sobre los distintos recursos que puedan necesitar, ya que el papel de la inteligencia puede ser clave para abordar cambios en los procesos de estimulación, mejorar las predicciones acerca del pronóstico y evolución futura.

También, sólo un profesional reconoció la comorbilidad entre las CEA y la discapacidad intelectual.

Respecto a ello, los autores anteriormente mencionados coinciden en la prevalencia del 38% de la discapacidad intelectual en los TEA según los datos recogidos por el Centers for Disease Control and Prevention estadounidense. No obstante, señalan que la mayor parte de los estudios epidemiológicos de la última década informan una estimación más alta que podría situarse en el 50%. Debido a ello, algunos trabajos han considerado la discapacidad intelectual como un trastorno comórbido con el autismo.

Por último, las encuestadas han reconocido que un niño o una niña con CEA y con Coeficiente Intelectual elevado cuenta con mayor flexibilidad cognitiva, accesos a los aprendizajes y mejor manejo de habilidades sociales.

Esto se puede esclarecer con lo dicho por Espín Jaime et al. (2013), quien detalla:

La heterogeneidad y la complejidad fenotípica en las personas con TEA vienen dadas por la variabilidad en la intensidad de los síntomas principales, el nivel de desarrollo general, el género, el nivel de funcionamiento cognitivo y adaptativo, las habilidades verbales y la comorbilidad y la patología asociada (p.333).

En cuanto a las encuestadas que seleccionaron una respuesta negativa, se hallan coincidencias en la concepción del Coeficiente Intelectual como condicionante pero sin destacar las diferencias en el perfil cognitivo entre géneros.

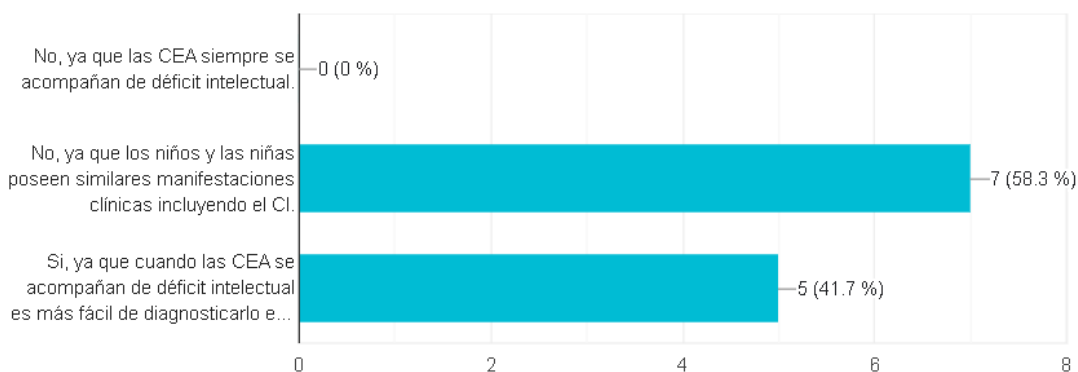
Esta diferencia en el perfil cognitivo autista es descripta por Ruggieri & Arberas (2016), quienes lo explican como una variante extrema de la mente masculina, donde predomina la abstracción, la habilidad lógica y el pensamiento preciso; mientras que, las mujeres tienen procesamiento mental más orientado a sentimientos e instintos, aspectos más relacionados con la empatía.

Además, dichos autores mencionan que trabajos recientes ponen en evidencia que esta diferencia en la empatía y la sistematización entre los varones y mujeres con TEA se encuentra atenuada, aunque no ausente, lo que de algún modo permite confirmar este perfil tanto en varones como en mujeres con autismo.

En tercer lugar, se les solicitó a las encuestadas que respondan a la pregunta: ¿La variación en el Coeficiente Intelectual según el género en los niños y niñas con Condiciones del Espectro Autista influye en el diagnóstico?, seleccionando una de las tres opciones: A) No, ya que las CEA siempre se acompañan de déficit intelectual. B) No, ya que los niños y niñas poseen similares manifestaciones clínicas incluyendo el CI. C) Si, ya que cuando las CEA se acompañan de déficit intelectual es más fácil diagnosticarlo en ambos géneros pero ante casos más leves, es decir con CI promedio o alto rendimiento, las niñas pasan más desapercibidas.

El 58.3% de las encuestadas, es decir 7 de ellas, seleccionó la opción B; mientras que el 41.7%, las 5 personas restantes, seleccionaron la opción C. Estas respuestas se pueden ver plasmadas en el siguiente gráfico:

GRÁFICO N° 6: ¿La variación en el Coeficiente Intelectual según el género en los niños y niñas con Condiciones del Espectro Autista influye en el diagnóstico?



Seguidamente, se les pidió ampliar la respuesta elegida. Los profesionales que seleccionaron la opción B coinciden en que no pueden advertir una diferencia por género en el diagnóstico ya sea porque consideran que cada cuadro diagnóstico depende de diversos condicionantes, que el CI sólo es un aspecto para considerar, o porque sólo no han experimentado variaciones relacionadas al género.

Esta dificultad para percibir diferencias vinculadas al género en el diagnóstico, la explican los autores Lai et al. (2015) y Oien et al. (2018), (como se citó en Cedano et al. 2020) detallando que se ha provocado un cierto grado de sesgo masculino y una falta de sensibilidad al fenotipo femenino en los criterios e instrumentos de diagnóstico

debido a que su construcción y validación con poblaciones predominantemente masculinas. Asimismo, Halladay et al. (2015), Young et al. (2018) (como se citó en Cedano et al. 2020), mencionan que esto se ha vinculado a sesgos por parte de los clínicos a la hora de emitir un diagnóstico. La combinación de estos factores tiene como resultado que menos féminas con TEA sean identificadas, y por lo tanto sean excluidas de estudios de investigación sobre el Trastorno.

En general, la mayoría de los estudios que han evaluado diferencias de género respecto al proceso de evaluación y diagnóstico del TEA concluyen que estas diferencias son debidas a varias causas, como es la heterogeneidad de la muestra. Aun así, Dworzynski et al. (2012); May et al. (2014) (como se citó en Montagut Asunción et al. 2018) resaltan la importancia de tener en cuenta factores como el CI o la edad, entre otros. Debido a que, es posible que niñas con altos niveles de rasgos de TEA pero sin problemas intelectuales o de comportamiento adicionales no cumplan con los criterios de diagnóstico porque, de alguna manera, hacen frente mejor al trastorno que los niños.

Además, en relación a ello, Mandy et al. (2012) (como se citó en Montagut Asunción et al. 2018) añaden que las mujeres con TEA de alto funcionamiento son expertas en la compensación de sus dificultades en ciertos contextos ya que consiguen que los síntomas pasen desapercibidos.

Esto último, es coincidente con las apreciaciones del resto de profesionales, los cuales optaron por la afirmación C. Estos destacaron que las niñas y mujeres con CEA pueden no ser diagnosticadas debido a los comportamientos aprendidos que compensan las dificultades propias del Espectro.

Para otorgarle una explicación a ello, Rutherford et al. (2016) (como se citó en Cedano et al. 2020) plantea la hipótesis del camuflaje de Wing (1981) que se ha explicado con anterioridad. Así mismo, Begger et al. (2013) (como se citó en Montagut Asunción et al. 2018) mencionan que algunas niñas con TEA no cumplen a menudo con el modo de presentación de las dificultades sociales prototípicas del TEA. Estas diferencias de género en la conducta de juego social, así como otras diferencias de género relacionadas con el comportamiento social y ritual, pueden inferir en el diagnóstico.

Por último, las encuestadas reconocen que si estas niñas y mujeres poseen un nivel intelectual promedio muchas veces pasan desapercibidas

En relación con ello, Tsai & Beisler (1983), Tsai et al. (1981) y Volkmar et al. (1999) (como se citó en Morán et al. 2019) explican que existe una creencia generalizada de que niñas y mujeres que reciben un diagnóstico de TEA presente

síntomas más graves de TEA y funcionamiento intelectual más bajo, como lo demuestran las puntuaciones de CI. Sin embargo, Anderson et al. (2013), Baird et al. (2011), Begger et al. (2013), Kirkovski et al. (2013), Rubenstein et al. (2015) (como se citó en Morán et al. 2019) señalan que lo que ocurre es que el diagnóstico de TEA ha sido tradicionalmente restringido a mujeres que presentan rasgos clásicos de TEA junto con DI y bajos niveles de funcionamiento, mientras que el diagnóstico se pasa por alto con frecuencia para aquellos con alto funcionamiento, sin deterioro o deterioro leve del lenguaje funcional y sin otras condiciones comorbilidades.

En concordancia, Ecker (2020), Ratto et al. (2017), Van WijngaardenCremers et al. (2014) (como se citó en Cedano et al. 2020) destacan que el diagnóstico tardío incrementa aún más si sus capacidades intelectuales están intactas y no aparentan tener debilidades en el lenguaje.

4.3 Síntesis.

Por medio de la presente investigación, a través de las encuestas realizadas, se concluyó que las profesionales del área de psicopedagogía poseen conocimientos y experiencias sobre la prevalencia de la condición en hombres sobre mujeres, tal como lo reconoce Ortas de Haro (2020) destacando que la prevalencia del TEA entre hombres y mujeres ha ido variando a lo largo de los años y que, según un estudio de University College of London, la proporción actual se situaría en 1 mujer por cada 3 hombres TEA.

Además, dichas profesionales no sólo reconocen en los niños y en las niñas manifestaciones clínicas propias del Espectro sino que destacan una gran diferencia respecto al género: el predominio de habilidades sociales en el género femenino.

Esta diferencia tan notoria en el dominio de la comunicación e interacción social vinculada al género se relaciona directamente a lo dicho por Head, McGillivray & Stokes (2014); Cridland, Jones, Caputi & Magee (2014) (como se citó en Montagut Asunción et al. 2018), quienes afirman que hay diferencias entre niños y niñas con TEA pero que muchas de las niñas con TEA demuestran mayores habilidades sociales que los niños. Este fenómeno posiblemente se puede explicar por el beneficio que se asocia habitualmente a los rasgos femeninos ya que las niñas recurren a imitar las interacciones sociales de los adultos durante la infancia para crear y mantener amistades.

Por otro lado, en relación a que el Coeficiente Intelectual desempeña un papel importante en dichas manifestaciones clínicas, la mayoría de las encuestadas reconocen la gran relevancia que debe tener su consideración ya que condiciona el pronóstico y calidad de vida de los pacientes. Tal como plantean Martos Pérez et al. (2018) que los proveedores de servicios para personas con TEA deberían tener en cuenta las medidas

de CI y las medidas del funcionamiento adaptativo para la toma de decisiones educativas, terapéuticas, y sobre los distintos recursos que puedan necesitar, ya que el papel de la inteligencia puede ser clave para abordar cambios en los procesos de estimulación, mejorar las predicciones acerca del pronóstico y evolución futura.

Cabe destacar que, una sola profesional reconoció la comorbilidad entre las CEA y la discapacidad intelectual. Respecto a ello, los autores Martos Pérez et al. (2018), afirman una prevalencia del 38% de la discapacidad intelectual en los TEA según los datos recogidos por el Centers for Disease Control and Prevention estadounidense. Aunque, mencionan que la mayor parte de los estudios epidemiológicos de la última década informan una estimación más alta que podría situarse en el 50%. Debido a ello, algunos trabajos ha considerado la discapacidad intelectual como un trastorno comórbido con el autismo.

No obstante, las profesionales no han logrado advertir la variabilidad del coeficiente intelectual vinculado al género de las personas con Condiciones del Espectro Autista. En relación a ello, Morán et al. (2019) señalan que la discapacidad intelectual (DI) parece desempeñar un papel importante en las proporciones de género de los TEA. Se estima que las proporciones de hombre a mujer disminuye a la mitad (2:1) cuando el TEA se diagnostica junto con DI. Por lo tanto, Banach et al. (2019) (como se citó en Morán et al. 2019) mencionan que los hombres podrían estar sobrerrepresentados entre aquellos con altos niveles de funcionamiento y las mujeres estarían más igualmente representadas entre los casos de bajo funcionamiento.

Respecto a ello, Tsai & Beisler (1983); Tsai et al. (1981); Volkmar et al. (1999) (como se citó en Morán et al. 2019), explican que este hecho ha llevado a la creencia generalizada de que niñas y mujeres que reciben un diagnóstico de TEA presente síntomas más graves de TEA y funcionamiento intelectual más bajo, como lo demuestran las puntuaciones de CI. Sin embargo, Andersson et al. (2013); Baird et al. (2011); Begeer et al. (2013); Kirkovski et al. (2013); Rubenstein et al. (2015) (como se citó en Morán et al., 2019), señalan que lo que ha podido ocurrir es que el diagnóstico de TEA ha sido tradicionalmente restringido a mujeres que presentan los rasgos clásicos de TEA junto con DI y bajos niveles de funcionamiento, mientras que el diagnóstico se pasa por alto con frecuencia para aquellas con alto funcionamiento, sin deterioro o deterioro leve del lenguaje funcional y sin otras condiciones comorbilidades.

En concordancia, Ecker (2020), Ratto et al. (2017), Van WijngaardenCremers et al. (2014) (como se citó en Cedano et al. 2020) destacan que el diagnóstico tardío incrementa aún más si sus capacidades intelectuales están intactas y no aparentan tener debilidades en el lenguaje.

Los factores que influyen sobre el diagnóstico vinculado al género son parcialmente advertidos por las profesionales encuestadas. Las mismas, sólo han logrado percibir que las niñas y mujeres con CEA pueden no ser diagnosticadas debido a los comportamientos aprendidos que compensan las dificultades propias del Espectro.

En relación con ello, Carvajal Torres et al. (2021) explican las diferentes hipótesis que responden a dicha problemática y las dividen en diferentes tópicos: camuflaje, sesos de género e intereses.

El mencionado “camuflaje” está estrechamente vinculado a la puesta en práctica de las habilidades sociales en mujeres con CEA que han visibilizado las encuestadas. Los autores Lai et al. (2011) describen al camuflaje como el uso de estrategias por parte de las personas con autismo para minimizar la visibilidad de su autismo en situaciones sociales. Attwood (2007), Bargiela (2016) y Ala (1981) (como se citó en Lai et al. 2019) reconocen que el camuflaje es más común en mujeres con niveles cognitivos más altos y sobre todo en aquellas cuyas el autismo no se reconoce temprano en la vida.

Además, Dean et al. (2017) señalan que diversos autores como Dworzynski et al. (2012), Goul y Ashton-Smith (2011) y Tierney et al. (2016) exponen que las niñas son más capaces de camuflar síntomas de TEA en comparación a los niños y a recurrir a comportamientos compensatorios que mitigan sus desafíos sociales. Esto principalmente porque están más atentas e imitan los comportamientos sociales de las personas neurotípicas. En relación a esto último, Gould (2017) menciona que en las mujeres con TEA hay una mayor tendencia a camuflar las dificultades que surgen tanto en la interacción social como en la comunicación social, lo que hace que sea menos probable un diagnóstico oportuno de TEA. Según la autora, esta adaptabilidad a los contextos más sociales podría deberse a la experiencia social y a las demandas relacionadas con el género. En cambio, los hombres autistas no sienten tanta presión por camuflar sus síntomas para encajar según lo sugerido por Milner, McIntosh & Happé (2019).

También, Mandy et al. (2012) (como se citó en Montagut Asunción et al. 2018) añade que las mujeres con TEA de alto funcionamiento son expertas en la compensación de sus dificultades en ciertos contextos ya que consiguen que los

síntomas pasen desapercibidos. Asimismo, Begger et al. (2013) (como se citó en Montagut Asunción et al. 2018) mencionan que algunas niñas con TEA no cumplen a menudo con el modo de presentación de las dificultades sociales prototípicas del TEA.

Respecto a los intereses, se dice que son otro de los factores importantes vinculados a las diferencias clínicas entre hombres y mujeres. Los autores Ruggieri y Arberas (2016) exponen que las mujeres tienen a presentar más interés en cosas más comunes con su género y sus pares. La diferencia está en la intensidad y calidad de éste, lo que afecta su funcionamiento social por ser el hecho de presentar un interés acotado y restringido. Y, añaden que es la pubertad donde se comienzan a generar las primeras diferencias entre hombres y mujeres respecto a los intereses ya que es durante esta época donde habitualmente se amplían los intereses sociales, lo que conlleva que niñas con TEA queden en un mundo más infantil, limitado y con intereses restringidos según lo esperado.

Esta podría ser otra de las razones por las que niñas con TEA tienden a no ser diagnosticadas de manera temprana durante la niñez, ya que una vez alcanzada la adolescencia se comienzan a notar más estas diferencias respecto a sus compañeras neurotípicas.

Por último, el tercer factor por el cual se dificulta arribar a un diagnóstico en niñas y mujeres con CEA es el sesgo de género. Este es explicado por los autores Lai et al. (2015) y Oien et al. (2018), (como se citó en Cedano et al. 2020) quienes detallan que se ha provocado un cierto grado de sesgo masculino y una falta de sensibilidad al fenotipo femenino en los criterios e instrumentos de diagnóstico debido a que su construcción y validación con poblaciones predominantemente masculinas. De igual modo, Halladay et al. (2015), Young et al. (2018) (como se citó en Cedano et al. 2020), mencionan que esto se ha vinculado a sesgos por parte de los clínicos a la hora de emitir un diagnóstico. La combinación de estos factores tiene como resultado que menos féminas con TEA sean identificadas, y por lo tanto sean excluidas de estudios de investigación sobre el Trastorno.

En general, la mayoría de los estudios que han evaluado diferencias de género respecto al proceso de evaluación y diagnóstico del TEA concluyen que estas diferencias son debidas a varias causas, como es la heterogeneidad de la muestra. Aun así, Dworzynski et al. (2012); May et al. (2014) (como se citó en Montagut Asunción et al. 2018) resaltan la importancia de tener en cuenta factores como el CI o la edad, entre otros. Debido a que, es posible que niñas con altos niveles de rasgos de TEA pero sin

problemas intelectuales o de comportamiento adicionales no cumplan con los criterios de diagnóstico porque, de alguna manera, hacen frente mejor al trastorno que los niños.

PARTE FINAL

“Sigamos hablando de género, sigamos concientizando sobre autismo y sigamos visibilizando todas sus formas”.

Fundación Neurodiversidad.

Conclusión

Estudios realizados en las últimas décadas exponen que la prevalencia general del espectro ha aumentado, siendo los niños afectados 4-5 veces más que las niñas. Las profesionales del área de psicopedagogía en su quehacer en los ámbitos clínico e institucional han experimentado sobre dicha prevalencia en hombres sobre mujeres.

También, sus años de ejercicio profesional y estudios adicionales les han permitido advertir que niños y niñas con Condiciones del Espectro Autista comparten manifestaciones clínicas propias del espectro vinculadas a la comunicación e interacción social y a patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades. No obstante, enfatizan que existen diferencias entre géneros dentro de la población con CEA; específicamente en uno de sus signos nucleares. Ellas, destacan que las niñas con CEA demuestran tener mayores habilidades sociales que los niños. Este fenómeno se asocia habitualmente a los rasgos femeninos ya que es posible observar como las niñas recurren a imitar las interacciones sociales.

En lo que respecta al Coeficiente Intelectual, las encuestadas han resaltado el relevante papel que cumple dicho CI en las manifestaciones clínicas de las CEA, en el pronóstico y calidad de vida de los pacientes. Sin dudas, conocer con mayor claridad las posibles variaciones de CI, y la relación entre esa variabilidad y la manera en la que se manifiesta en el cuadro, facilita la toma de decisiones educativas y terapéuticas; permite hacer cambios en los procesos de estimulación; mejora las predicciones acerca del pronóstico y evolución futura; y ayuda a las familias a ajustar sus expectativas.

Solo una de las profesionales ha reconocido la comorbilidad entre las CEA y discapacidad intelectual, aun cuando los estudios epidemiológicos de la última década informan una estimación del 50% de prevalencia de discapacidad intelectual en las CEA, considerándola como un trastorno comórbido.

Además, las encuestadas no han logrado advertir en sus prácticas profesionales la variabilidad del coeficiente intelectual vinculada al género en los niños y las niñas con Condiciones del Espectro Autista. Aunque, si poseen conocimientos que dicha variable dificulta arribar a un diagnóstico en niñas y mujeres con un CI promedio o alto rendimiento ya que estas cuentan con comportamientos aprendidos que compensan las dificultades propias del Espectro.

Ciertamente, el diagnóstico en las CEA ha sido restringido a niñas y mujeres que presentan signos nucleares del espectro junto con discapacidad intelectual y bajos niveles de funcionamiento; mientras que el diagnóstico se pasa por alto con frecuencia para aquellas con alto funcionamiento, sin deterioro o deterioro leve del lenguaje funcional y sin otras condiciones.

A su vez, las niñas y mujeres con CEA poseen una mayor tendencia a camuflar las dificultades que surgen tanto en la interacción social como en la comunicación social, lo que hace que sea menos probable un diagnóstico oportuno. Esta adaptabilidad a los contextos más sociales podría deberse a la experiencia social y a las demandas relacionadas con el género ya que los niños y hombres autistas no sienten tanta presión por camuflar sus síntomas para encajar.

Las mujeres con CEA de alto funcionamiento son expertas en la compensación de sus dificultades en ciertos contextos ya que consiguen que los síntomas pasen desapercibidos. Además, algunas de ellas no cumplen a menudo con el modo de presentación de las dificultades sociales esperables del espectro.

Por todo lo expuesto, es de vital importancia conocer la incidencia que posee el Coeficiente Intelectual en el diagnóstico y como predictor acerca del pronóstico y evolución futura de niños y niñas con Condiciones del Espectro Autista, así como también su variabilidad vinculada al género de niños y niñas con dichas condiciones, ya que en virtud de ello los profesionales psicopedagogos podrán confeccionar herramientas que se adapten al perfil de desarrollo del niño o niña; previniendo futuras dificultades asociadas a la trayectoria atípica de su desarrollo que podrían repercutir en sus habilidades sociales, adaptativas y académicas. Respecto a estas últimas, poseer conocimiento sobre la capacidad intelectual del niño o niña estudiante, le facilitará al profesional dar respuesta a las posibles necesidades educativas del estudiante para permitirle el acceso a los aprendizajes y una mayor inclusión educativa.

Recomendaciones

Teniendo en consideración los resultados obtenidos en la presente investigación, se podría afirmar que las profesionales psicopedagogas reconocen parcialmente la existencia de la variabilidad del Coeficiente Intelectual vinculada al género de niños y niñas con Condiciones del Espectro Autista y su incidencia para arribar a un diagnóstico oportuno.

Por lo tanto, se cree conveniente que los y las profesionales de la psicopedagogía participen de charlas informativas o capacitaciones dictadas recientemente sobre la temática ya que, de esta manera, podrán potenciar su desempeño profesional y nutrirse de los hallazgos de las últimas décadas.

Si bien, se distingue que el espectro del autismo es muy amplio y existen tantas manifestaciones como personas, es importante que los y las profesionales posean conocimientos sobre la existencia de diferencias en el CI según el género y por qué el colectivo de mujeres autistas está menos visibilizado debido a dicha diferencia y cómo esta influye directamente en su diagnóstico.

Un diagnóstico temprano permite brindar al niño o niña y a su familia la ayuda adecuada que posibilita aumentar los logros en las habilidades funcionales, la comunicación y en el funcionamiento intelectual.

Además, conocer sobre la heterogeneidad del autismo implicaría, a su vez, reconocer la necesidad de trabajar con varias disciplinas en forma simultánea como algo sumamente importante y altamente enriquecedor. Por tal motivo, una última sugerencia sería que se lleve a cabo un continuo y minucioso trabajo de equipo a fin de posibilitar estrategias de intervención según los requerimientos específicos de cada paciente.

Como profesionales de la salud, debemos brindar asesoramiento, capacitación y tratamientos basados en las necesidades de cada niño y niña ya que tienen características y necesidades particulares.

Referencias bibliográficas

Arberas, C. & Ruggieri, V. (2019). *Autismo. Aspectos genéticos y biológicos*. Medicina (Buenos Aires), 79 (1), 16-21.

<https://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol79-19/s1/Pags.16-21Arberas.pdf>

Arias, V. B., Gómez, L. E., Morán, M. L., Alcedo, M. A., Monsalve, A. y Fontanil, Y. (2018). *Does quality of life differ for children with autism spectrum disorder and intellectual disability compared to children without autism? Journal of Autism and Developmental Disorders*, (48) ,123-136. <http://doi.org/10.1007/s10803-017-3289-8>

Artigas-Pallares, J. & Pérez, I. P. (2012). *El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 32 (115), 568-587. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352012000300008

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>

Bertoldi, F. S. & Brzozowski, F. S. (2020). *O papel da Psicopedagogia na inclusão e na aprendizagem da pessoa autista*. Revista Psicopedagogía, 37 (114), 341-352. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoped/v37n114/07.pdf>

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*. Revistas de Estudiantes de Terapia Ocupacional, 8 (1), 64-82. <http://www.reto.ubo.cl/index.php/reto/article/view/110/98>

Cedano, Y. M., Rivera-Caquías, N., Alvarez-Alvarez, M., & Vega-Carrero, M. (2020). *Trastorno del Espectro Autista en féminas*. Revista Caribeña de Psicología, 4(3), 281-294. <https://doi.org/10.37226/rcp.v4i3.4851>

Coto Choto, M. (2007). *Autismo Infantil: El estado de la cuestión*. Revista de Ciencias Sociales, vol. II, núm.116, 169-180. <https://www.redalyc.org/pdf/153/15311612.pdf>

Cuxart, F. & Jané, M. (1998). *Evolución conceptual del término "Autismo": Una perspectiva histórica*. Revista de Historia de la Psicología, 19 (2-3), 369-388. https://ddd.uab.cat/pub/artpub/1998/132911/revhis_a1998v19n2p369.pdf

De Cerchio, N. (2020). *Padres y madres favorecedores/as en los procesos de aprendizaje de sus hijos/as con Condiciones del Espectro Autista. Una propuesta de intervención*. Trabajo Final de Grado. Universidad Abierta Interamericana.

Espín Jaime, J.C., Cerezo Navarro, M del V., & Espín Jaime, F. (2013). *Lo que es trastorno del espectro autista y lo que no es*. Anales de Pediatría Continuada, 333-341. <https://atendiver.es/wp-content/uploads/2021/04/Lo-que-es-trastorno-del-espectro-autista-y-lo-que-no-lo-es.pdf>

García, I. Q. (2016). *Bases genéticas de la Discapacidad Intelectual y Los Trastornos del Espectro Autista: Aplicación de las nuevas tecnologías al análisis de variantes del número de copias (CNVs)*. Grado de Doctoral. Universidad de Santiago de Compostela. <https://dspace.usc.es/xmlui/handle/10347/15078>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ta ed.). MCGRAW-HILL/ INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. <https://www.FreeLibros.com>

Martos Pérez, J., Freire Prudencio, S., Llorente Comí, M., Ayuda Pascual, R., y González Navarro, A. (2018). *Autismo y cociente intelectual: ¿estabilidad?*. Revista de Neurología, (66), 39-44. <https://sncpharma.com/wp-content/uploads/2018/10/Factores-de-estabilidad-del-cociente-intelectual-en-los-trastornos-del-espectro-autista.pdf>

Massani Enríquez, J. F., García Navarro, X., Hernández Ochoa, E. (2015). *La evaluación psicopedagógica de niños (as) con trastornos del espectro autista mediante el perfil psicoeducativo*. Revista Universidad y Sociedad (3), 145-151. <http://rus.ucf.edu.cu/>

Montagut Asunción, M., Más Romero, R. M., Fernández Andrés, M. I. & 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. <https://scielo.isciii.es/pdf/ep/v11n1/1989-3809-ep-11-01-00042.pdf>

Morán, M. L., Gómez, L. E., Alcedo, M. A. y Pedrosa, I. (2019). *Gender differences in social inclusion of youth with autism and intellectual disability*. Journal of Autism and Developmental Disorders, 49, 2980-2989. <http://doi.org/10.1007/s10803-019-04030-z>

Mulas, F., y Rojas, M. (2018). *Trastorno del Desarrollo Intelectual. Superposiciones con el Trastorno del Espectro Autista y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*. Medicina, (78), 63-68.
<https://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol78-18/s2/63-68-S.II-12-Mulas-Neurologi%CC%81a-D.pdf>

Ortas de Haro, E. (2020). *Las diferencias de género en el TEA. Intervención psicoeducativa en una niña de 3 años*. Trabajo Final de Máster en estudios avanzados sobre lenguaje, la comunicación y sus patologías. Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación. Universidad de Zaragoza. <https://zaguan.unizar.es/record/100816>

Oviedo, N., Manuel-Apolinar, L., De la Chesnaye, E., & Guerra-Araiza, C. (2015). *Aspectos genéticos y neuroendocrinos en el trastorno del espectro autista*. Boletín Médico del Hospital Infantil de México, 72 (1), 5-14.
<http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v72n1/v72n1a4.pdf>

Reynoso, C., Rangel, M. J., & Melgar, V. (2017). *El trastorno del espectro autista: aspectos etiológicos, diagnósticos y terapéuticos*. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 55 (2), 214-222.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im172n.pdf>

Rivière, A. (1997, septiembre 24-27). *Desarrollo normal y Autismo*. Curso Parte I y II. Santa Cruz de Tenerife, España. http://www.autismoandalucia.org/wp-content/uploads/2018/02/Riviere-Desarrollo_normal_y_Autismo.pdf

Romero, L. D. (2020). *El trabajo interdisciplinario de la docente de apoyo a la Inclusión y la maestra de grado en la trayectoria escolar de niños con C.E.A. en nivel inicial, en el distrito de Merlo*. Trabajo Final de Grado. Universidad Abierta Interamericana.

Ruggieri, V. L., & Arberas, C. L. (2016). *Autismo en las mujeres: aspectos clínicos, neurobiológicos y genéticos*. Revista Neurología, 62 (1), 21-26.
<file:///C:/Users/x/Downloads/Autismoenmujeres.pdf>

Vázquez-Villagrán, L. L., Moo-Rivas, C. D., Meléndez-Bautista, E., Mariñá-Lizama, J. S., & Méndez-Domínguez, N. I. (2017). *Revisión del trastorno del espectro autista: actualización del diagnóstico y tratamiento*. Revista Mexicana de Neurociencia, 18 (5), 31-45. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2017/rmn175d.pdf>

Anexos

Cuestionario aplicado para la obtención de datos.

Sección 1

1. **Género** (Seleccionar)
 - a. Masculino
 - b. Femenino
 - c. No binario
 - d. Otro
2. **Edad** (Texto de respuesta breve)
3. **Profesión y estudios adicionales** (Texto de respuesta largo)
4. **¿Hace cuantos años ejerce su profesión?** (Seleccionar)
 - a. Menos de 5 años.
 - b. De 5 a 10 años.
 - c. Más de 10 años.
5. **Ámbitos laborales en los que se ha desempeñado** (Seleccionar)
 - a. Institucional
 - b. Clínico
 - c. Preventivo
 - d. Otro

Sección 2

1. **¿Trabaja o ha trabajado con niños y/o niñas con Condiciones del Espectro Autista?** (Seleccionar)
 - a. Si
 - b. No
2. **Si su respuesta fue afirmativa, ¿En qué ámbito laboral se encuentra/encontraba?** (Seleccionar)
 - a. Institucional
 - b. Clínico
 - c. Preventivo
 - d. Otro

3. **Según su opinión, ¿el género influye en las manifestaciones de los signos clínicos de las Condiciones del Espectro Autista?** (Seleccionar)
 - a. Si
 - b. No
4. **Justifique su elección anterior.** (Texto de respuesta largo)
5. **Para usted, ¿desempeña un papel importante el Coeficiente Intelectual en dichas manifestaciones clínicas?** (Seleccionar)
 - a. Si
 - b. No
6. **De acuerdo a su respuesta anterior, ¿Por qué?** (Texto de respuesta largo)
7. **¿La variación en el Coeficiente Intelectual según el género en los niños y niñas con Condiciones del Espectro Autista influye en el diagnóstico? Seleccione la respuesta que considere correcta.** (Seleccionar)
 - a. No, ya que las CEA siempre se acompañan de déficit intelectual.
 - b. No, ya que los niños y las niñas poseen similares manifestaciones clínicas incluyendo el CI.
 - c. Si, ya que cuando las CEA se acompañan de déficit intelectual es más fácil de diagnosticarlo en ambos géneros pero ante casos leves las niñas pasan más desapercibidas.
8. **Amplia la respuesta elegida.** (Texto de respuesta largo)

Nota formal enviada a los especialistas entrevistados.

Estimado(a),

Me dirijo a usted con el propósito de invitarlo(a) a formar parte de un proceso de investigación el cual se está realizando para obtener el título de grado de la Licenciatura en Psicopedagogía en la Universidad Abierta Interamericana. La participación dentro del mismo, consiste en responder un cuestionario que requiere de aproximadamente 15 minutos para ser completado. El objetivo del estudio es determinar el grado de conocimiento que poseen los profesionales psicopedagogos en relación a la variabilidad en el Coeficiente Intelectual asociada al género en niños y niñas con Condiciones del Espectro Autista.

El cuestionario estará disponible **hasta el día 27 de Junio** para enviar sus respuestas.

Cabe aclarar que, sus respuestas serán tratadas de manera confidencial dentro del proceso de investigación.

Por todo lo expuesto, le adjunto el enlace web que lo(a) dirigirá a dicho cuestionario.

Sin más a que referirme, agradezco de antemano toda la cooperación que pueda prestar al respecto y quedo en la espera de una pronta respuesta.

Atentamente,

Evelyn Milagros Provini.

