

Lucas PUIG JOVÉ

DIFERENCIAS DE GÉNERO/SEXO EN EL PERFIL
PSICOLÓGICO DE ADOLESCENTES
DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO DEL
ESPECTRO DEL AUTISMO

Trabajo Fin de Grado de Psicología
dirigido por
Francesca HIGUERAS BALLESTEROS

Universitat Abat Oliba CEU
Facultad de Ciencias Sociales
Grado en Psicología

2016

Toda mi forma de pensar es visual.

TEMPLE GRANDIN

Resumen

En este Trabajo Fin de Grado se pretende definir las diferencias de género/sexo existentes entre pacientes diagnosticados de Trastorno del Espectro del Autismo (en adelante, TEA) con la finalidad de evidenciar y advertir de este hecho y de las consecuencias que el mismo conlleva en la futura investigación, evaluación e intervención del trastorno. Asimismo, se advierte de que el trastorno en el sexo femenino está infradiagnosticado y ello también comporta consecuencias y desventajas para nuestras pacientes. Para ello, la investigación se apoya de la recopilación de bibliografía sobre el tema y de la realización de un estudio de caso.

Resum

En aquest Treball Fi de Grau es pretén definir les diferències de gènere/sexes existents entre pacients diagnosticats de Trastorn de l'Espectre Autista (en endavant, TEA) amb la finalitat d'evidenciar i advertir d'aquest fet i de les conseqüències que el mateix comporta en la futura investigació, avaluació i intervenció del trastorn. Així mateix, s'adverteix que el trastorn en el sexe femení està infradiagnosticat i això també comporta conseqüències i desavantatges per les nostres pacients. Per a això, la investigació es recolza del recull de bibliografia sobre el tema i de la realització d'un estudi de cas.

Abstract

In this Final Project is intended to define existing gender/sex differences among patients diagnosed with Autism Spectrum Disorder (ASD) in order to demonstrate and warn of this fact and the consequences it entails in future research, evaluation and intervention of the disorder. It also warns that the disorder in women is underdiagnosed and this also has consequences and disadvantages for our female patients. For this, the research is based on the collection of literature on the subject and a study case.

Palabras claves / Keywords

Diferencias de género/sexo – Trastorno del Espectro Autista – Infradiagnóstico – Estudio de caso – Consecuencias
--

Sumario

Introducción	9
1. Hombres y mujeres. Diferencias y similitudes en el perfil psicológico	11
1.1. ¿Somos diferentes? y más aun ¿Por qué?	11
1.2. El cerebro sistemático y el cerebro empático	18
1.3. El entendimiento emocional.....	22
2. El Trastorno del Espectro Autista.....	25
2.1. Características clínicas.....	25
2.2. Epidemiología y prevalencia del trastorno	33
2.3. La teoría del EMB	36
3. El autista y la autista	41
3.1. El mismo trastorno ¿En qué lo manifiestan de forma diferente?	41
3.2. El reto del diagnóstico	48
3.3. Neurobiología del autismo	53
4. Estudio de caso.....	57
4.1. Participantes.....	57
4.2. Método.....	57
4.3. Resultados.....	62
4.4. Conclusiones.....	67
5. Conclusiones TFG. Una mirada reflexiva.....	70
Bibliografía.....	72
Anexo I.....	77
Anexo II.....	82

Introducción

Todo empieza planteándonos esta cuestión: ¿Hombres y mujeres somos iguales? Es un interrogante del que siempre hemos querido respuestas pero ante el cual habrán, con seguridad, multitud de opiniones y contestaciones, lo que nos obligaría a matizarlo y acotarlo. ¿Iguales en qué? Ciertamente somos iguales en dignidad y derechos, o por lo menos así debería ser, pero ¿y en lo demás? Dejando aparte esta semejanza se debe evidenciar que no somos tan parecidos en términos bio-psico-sociales, de hecho somos increíblemente diferentes sin que haga falta más que la simple realidad para constatarlo.

Partiendo de esta premisa, no resulta descabellado pensar que, siendo tan diferentes, cada sexo manifieste de una forma propia un mismo trastorno. Si además hacemos referencia a trastornos en los que quedan afectadas estas dimensiones en las que presentamos mayores diferencias, la distinción se hace aun más notable. Entendiendo que muchas de estas diferencias entre hombres y mujeres, al menos las más observables, se definen sobre todo en lo que refiere a las interacciones sociales, comunicación e inteligencia emocional, lo próximo sería poner nuestra mirada en el autismo, un trastorno del neurodesarrollo que se caracteriza por impedimentos en los aspectos mencionados.

Precisamente esto fue lo que motivó e impulsó la realización de este Trabajo Final de Grado. El propósito, ahondar en este curioso trastorno y verificar y demostrar la realidad de esta diferencia, importante dada su relevancia empírica tanto para nosotros como para nuestros pacientes autistas. Los objetivos del trabajo se focalizan, por un lado, en remarcar las diferencias de género/sexo existentes en pacientes autistas y, por otro lado, en denunciar que, derivado de ello, se pueda tener una comprensión equivocada del trastorno que pueda afectar a la detección y tratamiento de pacientes autistas femeninos suponiendo, para nosotros, una oportunidad para reflexionar y replantearnos aspectos sobre el autismo que dábamos por sentado.

Para ello, pasaremos desde descubrir cuáles son las diferencias más significativas, tanto a nivel biológico como psicológico, entre hombres y mujeres hasta adentrarnos en el interesante mundo autista y observar tales distinciones y otras tantas en nuestros pacientes autistas. No obstante, lo sorprendente llegará cuando vislumbremos cómo esas diferencias repercuten en la vida de nuestros pacientes, en la detección e intervención de su trastorno y en los también diferentes retos que deben afrontar para adaptarse a un mundo, para ellos, incomprensible y caótico.

Como parte final y empírica del trabajo, contaremos además con un estudio de caso con el fin de contrastar los resultados y comprobar si muchas de esas diferencias comentadas a lo largo del trabajo son ciertas. Ello, por tanto, nos permitirá observar de cerca la realidad autista y los misterios que se nos oculta.

1. Hombres y mujeres. Diferencias y similitudes en el perfil psicológico

Antes de abordar el contenido esencial que da título a este trabajo de investigación es oportuno e incluso necesario hacer hincapié en las diferencias existentes entre hombres y mujeres. Entendiendo esta diferencia de género/sexo tendremos terreno ganado para comprender posteriormente la heterogeneidad que presenta el Trastorno del Espectro Autista.

Resulta un hecho evidente, y salta a la vista, que hombres y mujeres son diferentes. Basta con la simple observación para constatarlo, pero no sólo nos limitaremos a observar dicha diferencia sino que también nos preocuparemos en investigar hondamente el porqué de esta distinción.

1.1. ¿Somos diferentes? Y más aún ¿Por qué?

Como se ha comentado previamente, la respuesta a esta pregunta es un sí irrefutable. Hombres y mujeres son diferentes, piensan diferente, se comportan diferente, tienen intereses diferentes... Todo ello porque la forma en la que está organizado el cerebro es estructural y funcionalmente distinta. Habida cuenta de esta realidad, se ha investigado durante años el cerebro humano para verificar lo dicho. Podemos decir pues, con seguridad y sin tapujos, que somos diferentes desde los actos más inconscientes, espontáneos y sutiles hasta la conducta más compleja (García, 2003).

Por esta afirmación concluiríamos entonces que el cerebro no es otra cosa que otro órgano sexualizado¹ que poseemos. Ahora bien, lo primero que uno podría pensar es que esta diferencia insinúa cierta superioridad por parte de un sexo sobre otro ¿Es mejor tener un cerebro masculino o es mejor tenerlo femenino? ¿Ser hombre o ser mujer? Se respondería sabiamente con otra pregunta: ¿Depende, para qué? Dos cerebros distintos no implica necesariamente que haya un cerebro mejor que otro y, por ende, un sexo superior a otro sino, sencillamente, implica que son diferentes o, mejor aún, complementarios (Álvarez-Alfageme et al., 2003; García, 2003).

Como en todo lo que se intenta entender buscaremos no sólo su etiología preguntándonos como hace un momento ¿Por qué?, que también, sino además su etimología ¿De dónde viene? ¿Cuál es el origen, las raíces, de estas diferencias

¹ Un órgano sexualizado es aquel que, aun guardando la semejanza que aporta pertenecer a la misma especie, se presenta de forma anatómica o funcionalmente diferente en ambos sexos.

que, lamentablemente, hoy día nos separan y confrontan tanto?² Pues bien, parece razonable atribuir el origen y principio de tales diferencias al producto de un largo proceso evolutivo que, marcado por la selección natural, recopiló aquellas ventajas que suponían una mejor adaptación. El cerebro humano y sus diferencias sexuales, pues, son el resultado de millones de años de evolución (García, 2003; Echavarri, Godoy y Olaz, 2007). Veamos ahora ese tan elaborado resultado.

Según el estudio de García (2003) en la Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría:

Existe una marcada tendencia general de que las mujeres superen a los hombres en las pruebas de velocidad perceptiva, cuando hay que identificar rápidamente objetos concordantes. También en pruebas de fluidez en la ideación, por ejemplo enumerar objetos que sean del mismo color; y en pruebas de fluidez verbal, en las que se han de encontrar palabras que empiecen con la misma letra. Se comportan con más éxito en tareas manuales de precisión, que requieren una coordinación motriz fina. Realizan también mejor que los hombres las pruebas de cálculo matemático (p.12).

Por otra parte, y este mismo estudio de García (2003) lo demuestra:

Los hombres superan a las mujeres en determinadas tareas espaciales, como en las tareas que implican hacer girar mentalmente un objeto. Muestran mayor precisión que las mujeres en habilidades motoras dirigidas a un blanco, como lanzar o interceptar proyectiles. Realizan mejor las pruebas de identificación de figuras en marcos complejos, por ejemplo encontrar una determinada figura u objeto escondida en una figura más compleja. También superan a las mujeres en pruebas de razonamiento matemático (p.12).

Como se viene diciendo, otros autores (Álvarez-Alfageme et al., 2003) reiteran lo dicho:

Los hombres destacan en actividades y ejercicios que requieren de abstracción espacial como la capacidad de hacer girar mentalmente los objetos, en el reconocimiento de formas, en la distinción izquierda-derecha así como en la representación bidimensional o tridimensional de objetos; además, los hombres obtienen puntajes superiores en el cierre perceptual y en el desdoblamiento de formas visuales en conjuntos completos (p.353).

Por último y en vistas a una mejor visualización y clarificación de la información ofrecida hasta ahora, los datos expuestos por el momento se recogen en la tabla 1.

² Nos referimos a pensamientos radicales como el "machismo" o el "feminismo" que tan arraigados están en nuestra sociedad y que, lamentablemente, crean diferencias dónde debería haber igualdad.

Tabla 1: Habilidades ventajosas en hombre y mujer

Actividades en las que el hombre tiene ventaja	Actividades en las que la mujer tiene ventaja
Abstracción espacial, reconocimiento de formas y representación bidimensional o tridimensional de objetos	Velocidad perceptiva
Habilidades motoras dirigidas a un blanco	Identificación de objetos concordantes
Identificación de figuras en marcos complejos	Fluidez en la ideación y fluidez verbal
Cierre perceptual y desdoblamiento de formas visuales en conjuntos complejos	Motricidad fina
Razonamiento matemático	Cálculo matemático

(Fuente: Basado en Álvarez-Alfageme et al., 2003; García 2003; Echavarrí et al., 2007)

Asimismo, de este mismo estudio, es interesante remarcar la prontitud con la que empiezan a manifestarse estas diferencias. Señala que las diferencias entre hombres y mujeres, en lo que respecta a las aptitudes espaciales, comienzan a evidenciarse aproximadamente a los diez años de edad, manteniéndose así durante el resto de la vida (pudiendo sufrir decadencia en ambos sexos en los últimos años), mientras que las diferencias en las capacidades lingüísticas se pronuncian durante los primeros años de vida. (Álvarez-Alfageme et al., 2003)

No sorprende a nadie ver como la niña se mueve con mucha más facilidad que el niño en el terreno del lenguaje, es inherente a su desarrollo, esperable que ocurra. Si el niño suele decir sus primeras palabras, en algunos casos incluso rozados los dos años, la niña ya lo había hecho un año antes. Lo mismo ocurre con la adquisición de habilidades lingüísticas como la lectura y la escritura donde las niñas, por lo general, suelen desesperar menos a sus profesores y padres. Cabe decirse también, que la adolescencia es un punto de inflexión para estas diferencias entre sexos, pues tienden a disminuir. Estos autores también añaden: "Junto a una mayor capacidad lingüística, las mujeres sobresalen en la velocidad perceptual y en la memoria visual" (Álvarez-Alfageme et al., 2003. p.354).

En el anterior estudio (García, 2003) se distingue otra vía plausible para estudiar y desenmascarar las diferencias entre cerebro masculino y femenino. Curiosamente, nos referimos a atender, no a las áreas cerebrales que funcionan como hemos visto previamente, sino a aquello que no funciona. Es decir, si focalizamos nuestra atención en la afectación de las capacidades y habilidades mentales que suponen las lesiones cerebrales, podemos vislumbrar de una forma más inteligible la organización funcional del cerebro en referencia al sexo.

Sabemos pues, que el sistema nervioso central funciona de forma un tanto peculiar. En realidad, nuestro cerebro se podría entender como el trabajo conjunto y armonioso de dos cerebros independientes el uno del otro, el hemisferio izquierdo y el hemisferio derecho. Pues bien, el funcionamiento de estos dos cerebros se explica como una dominancia asimétrica ¿Cómo se entiende esto? El hemisferio izquierdo se encargaría del funcionamiento y dominio de la parte derecha de nuestro cuerpo dejando la simetría de la parte izquierda al imperio del hemisferio derecho. Ambos hemisferios, asimismo, están especializados, es decir, no sólo trabajan por separado sino que son además diferentes. Ahora bien, aunque trabajen por separado y estén especializados cada uno en su campo, no quiere decir que uno no quiera saber nada del otro. Como se sabe, existe una comunicación interhemisférica, un haz de fibras nerviosas que comunican entre sí ambos hemisferios, el cuerpo caloso (García, 2003; Álvarez-Alfageme, 2003).

Pues bien, ahora viene lo verdaderamente interesante y a lo que precisamente se quería hacer referencia cuando hablábamos de atender a las lesiones cerebrales. García (2003) en su estudio habla que las mujeres, cuando padecen una lesión cerebral focalizada en uno de los hemisferios cerebrales, suelen tener menos secuelas que los hombres, pues se postula, que el dominio de cada hemisferio sobre su respectiva parte, no es tan marcado como en los hombres, por lo que el cerebro de la mujer tiene la capacidad de atribuir las funciones de las áreas del hemisferio dañado a otras áreas del hemisferio sano. Esto se entiende porque las mujeres tienen menor lateralidad cerebral (Echavarrri et al., 2007).

Por último, y en refuerzo de lo acabado de comentar, en el estudio de Álvarez-Alfageme (2003) se afirma: “Actualmente se piensa que las capacidades lingüísticas y espaciales son más asimétricas en el hombre, dependiendo el lenguaje del hemisferio izquierdo y el reconocimiento espacial del derecho. En las mujeres ambas capacidades están distribuidas más simétricamente entre ambos hemisferios.” (p.354).

Una vez vistas las diferencias pasaremos a explicar, como ya se había anticipado anteriormente, el porqué de esas diferencias. Todo parece indicar que es un factor biológico el que subyace (Álvarez-Alfageme et al., 2003).

Como todo, se explica desde el principio. Vemos que las diferencias están presentes ya desde los primeros momentos de nuestras vidas. No es algo solamente adquirido y modulado por nuestra sociedad, que también, sino algo innato o predeterminado.

Como se sabe, lo que predetermina a una persona ser mujer o ser hombre, es decir, su identidad sexual, se encuentra desde un principio en los genes. Aunque pueden

haber corrientes que equivocadamente, a nuestro parecer, postulan lo contrario³ el ser hombre y el ser mujer, así como las características psicológicas que los diferencian, es debido fundamentalmente a los genes (Echavarrí et al., 2007; García, 2003). Los miles y miles de genes que componen nuestro ADN (genotipo) y que determinan la pluralidad de características fenotípicas que nos hacen ser como somos están condensados en 23 pares de cromosomas. Como es popularmente conocido, es en este último par 23 en el que se producirá la primera bifurcación, la primera diferencia que, de hecho, determinará y dará pie al resto de diferencias que se comentaron anteriormente. Si el cromosoma 23 es XY esa persona será un varón y se desarrollará como tal, por otro lado, será mujer si es XX (García, 2003).

¿Cómo se desarrolla una mujer o un hombre a partir de aquí? Pues bien, como bien dice García (2003) en su estudio:

El cromosoma Y es el más pequeño, con 60 genes, mientras los otros cromosomas tienen miles. Se conoce que en el cromosoma Y, un gen denominado Sry, activa en la sexta semana de vida intrauterina el desarrollo de los testículos, que a su vez producirán hormonas andrógenas, la testosterona. Esta se distribuye por todo el embrión estableciendo las pautas de estructuración corporal propias del varón. La testosterona, pues, es la responsable de la masculinización del cuerpo humano en diversos sistemas como el músculo-esquelético, el cardiovascular y, particularmente, el cerebro. Cuando el par de cromosomas es XX, la segunda X envía instrucciones para fabricar ovarios, que producirán los estrógenos, que a su vez conformarán la estructuración corporal propia de la mujer. La feminización del cuerpo de mujer afecta todos los sistemas, desde el sexual reproductor, hasta el nervioso central. De modo que si no está presente el cromosoma Y, no se forman los órganos genitales masculinos y lo que se desarrollan son los genitales propios de la mujer (p.9).

Podemos percatarnos pues, de que nuestros genes van a tener mucho peso en nuestras vidas, en realidad lo deciden prácticamente todo. Estos no sólo determinan nuestro sexo sino que también, y como una consecuencia de ello, condicionarán nuestras habilidades. Por ejemplo, como hemos afirmado previamente el hombre posee cierta ventaja en la abstracción espacial. Lo interesante y, visto lo visto, lógico es que esto podría ser debido a un gen propio del hombre que le hiciese ser superior en esta habilidad espacial. Pues bien, hoy día se defiende la idea de la existencia de un gen ubicado en el cromosoma X (común a ambos sexos) que podría estar explicando dicha ventaja. Este, se sabe, que es un gen recesivo por lo que basta que hubiese otro gen dominante para la misma característica (en este caso, la

³ La "teoría Queer" fue introducida en 1990 por Teresa De Lauretis y recogida por otros autores que, rechazando la biología sexual, afirman que tanto la identidad sexual de una persona como su orientación sexual son debidas a un constructo social y adquisición cultural y no por predeterminación o innatismo de la biología de la persona. En otras palabras, uno no nace siendo mujer o hombre, solo y sencillamente se hace o se elige serlo.

ventajosa capacidad de abstracción) para que este gen recesivo no se manifestase en el fenotipo del sujeto quedando solamente escrito en su genotipo. Como en el cromosoma que determina el sexo masculino (XY) sólo aparece una X, basta que en esa X esté presente dicho gen para que se exprese pero, por otro lado, en la mujer, (XX) es estrictamente necesario que esté presente en ambos cromosomas para que se manifieste. Si sólo está presente en una de las dos X, al ser un gen recesivo, no se manifestará en su fenotipo. En otras palabras, lo que explica que esta ventaja predomine, por lo general y estadísticamente en los hombres, es precisamente por ser más probable que en el hombre se exprese este rasgo (Álvarez-Alfageme et al., 2003).

El azar y capricho de la genética en las primeras etapas de nuestras vidas da paso, pues, a la feminización o masculinización de todo nuestro cuerpo pero, nos centraremos en lo que nos atañe, el sistema nervioso (el cerebro concretamente). No somos, ni mucho menos, la única especie que presenta diferencias neuroanatómicas entre sexos. Lo que ha animado a la investigación a estudiar y adentrarse en este campo. Mas lo que nos interesa es el ser humano, así pues, veamos estas diferencias en estructuras cerebrales (Álvarez-Alfageme et al., 2003).

Aunque podrían ser diferencias sutiles, en cuanto al tamaño o cantidad de neuronas y neurotransmisores ya suponen una enorme repercusión y, por tanto, son dignas de mención en este apartado. Por ejemplo, el tamaño y cantidad de neuronas del *locus coeruleus* es mayor en el cerebro de la mujer que en el del hombre. Algunos núcleos del área preóptica del hipotálamo del cerebro femenino se han detectado con un tamaño y número de neuronas que supone la mitad al que presenta el cerebro masculino. Otras estructuras que encontramos con un tamaño menor en el cerebro de la mujer son los núcleos INAH2 e INAH3, localizados en la región anterior. En cuanto a los neurotransmisores, también encontramos diferencias sexuales si nos fijamos en el sistema dopaminérgico del que se sabe que en las mujeres hay mayor número de receptores dopaminérgicos estriatales D2. Este último dato tiene sentido, si focalizamos la atención en la epidemiología de ciertos trastornos mentales en los que hay presente una alteración de los niveles de dopamina (Álvarez-Alfageme et al., 2003). Además, se conoce que las mujeres poseen una mejor comunicación interhemisférica que se explica por la abundancia de conexiones que muestra su cuerpo calloso (García, 2003).

En el estudio de Álvarez-Alfageme (2003) se citan estudios en los que se encontraron otras diferencias relevantes:

La comisura blanca anterior es el 12% mayor en las mujeres que en los hombres. La adherencia intertalámica está presente en el 78% de las mujeres frente al 68% de los varones, y entre los que la presentan es mayor en las mujeres. Además, se han descrito diferencias funcionales sexuales que no se ven reflejadas en diferencias en cuanto al número de neuronas, pero sí en cuanto a su actividad; así, en el núcleo supraóptico las neuronas secretoras de vasopresina son más activas en hombres que en mujeres, lo que explica las diferencias sexuales en los niveles plasmáticos de vasopresina. Se ha demostrado también que los hombres tienen mayor índice de metabolismo en las regiones tampo-límbicas y en el cerebelo, y menor índice en las regiones cinguladas (p.356).

Importante también es en nuestro estudio el sistema endocrino, dada la necesidad de algunas hormonas para el desarrollo adecuado de diferentes estructuras cerebrales. Las hormonas podrían estar interfiriendo incluso en nuestro comportamiento y pensamiento actual, de modo que las diferencias entre hombres y mujeres en los niveles de según qué hormonas también requiere de nuestra atención. En las que notaremos más diferencia será, como era de esperar, en las hormonas sexuales. Nuestra identidad sexual determinará, en nuestro desarrollo, las hormonas sexuales que predominarán en nosotros (andrógenos en hombres y estrógenos en mujer). Lo que es interesante, a nuestro parecer, es que se ha probado que las habilidades y pautas cognitivas van de la mano con las variaciones constantes de los niveles hormonales que sufrimos con frecuencia. Un ejemplo obvio lo tenemos con las constantes fluctuaciones que pueden haber durante el ciclo menstrual de la mujer, en el que se ha demostrado que el aumento en los niveles de estrógenos en ciertas etapas, se correspondían con un cierto empeoramiento del rendimiento en las pruebas que puntuaban la habilidad espacial (Álvarez-Alfageme et al., 2003).

En esta misma línea debemos destacar, según señala Kimura (1992), que la privación de testosterona por castración a los roedores machos recién nacidos, o la administración de estrógeno a hembras, produce la inversión completa de los comportamientos ligados al sexo cuando llegan a la adultez.

Por lo que se refiere al neurodesarrollo, también podemos otorgarle un papel especial en este apartado. No tanto por las diferencias sexuales que muestra la maduración cerebral sino por lo que comporta la maduración de nuestro cerebro al dominio o no de ciertas habilidades. Se ha demostrado algo fascinante, a saber, que la velocidad de maduración cerebral se correlaciona con un incremento o disminución en el rendimiento en ejercicios que evalúan las habilidades verbales y en los que evalúan habilidades espaciales. Se entiende que con cuanta más

prontitud madura el cerebro más habilidoso será este en habilidades lingüísticas, pero menos lo será en habilidades espaciales. Por otra parte, cuanto más lento sea el proceso de maduración del cerebro más diestro será el pequeño en habilidades espaciales pero más torpe en test verbales. Con ello, podemos atisbar que es más propio del cerebro femenino madurar a mayor velocidad frente al cerebro del hombre que se caracteriza por una maduración, en general, más lenta. Se sabe también, y sirve de explicación de lo anterior, que existe una correlación positiva entre la velocidad de maduración cerebral y la asimetría cerebral. Al fin y al cabo, con lo que probablemente se relacione el gen recesivo del que hablábamos líneas más arriba sea el lento neurodesarrollo que caracteriza al cerebro masculino, y como consecuencia, la superioridad en abstracción espacial (Álvarez-Alfageme et al., 2003).

Como conclusión podemos extraer que, aunque la sociedad, la educación y las experiencias vividas pueden modular nuestra forma de pensar (afectando incluso a nuestra bioquímica cerebral) y acentuar las diferencias existentes entre hombres y mujeres, no podemos obviar la base, los cimientos, desde los que ya partimos. El hecho de que seamos diferentes, hombres y mujeres, ya desde un principio es explicado, en gran parte por las diferencias neuroanatómicas, madurativas, endocrinas, en definitiva, causas puramente biológicas (Echavarrí et al., 2007; Álvarez-Alfageme et al., 2003).

Diversos autores ya advierten: “Esta línea de investigación, nos hace pensar que habrá que tener en cuenta este dimorfismo sexual cerebral para explicar las diferencias en cuanto al sexo en ciertas patologías neuropsiquiátricas” (Álvarez-Alfageme et al., 2003. p.359).

1.2. El cerebro sistemático y el cerebro empático

Una vez vistas las numerosas diferencias entre hombres y mujeres, tanto psicológicas como neuroanatómicas y demás, se nos presenta la interesante posibilidad de explicar en este apartado otra distinción que facilitará la posterior comprensión del funcionamiento cognitivo del cerebro del hombre y la mujer.

Esta última distinción no sólo es interesante sino también importante pues, es una aproximación al mundo cognitivo autista, una forma de entender mejor el cerebro del autista así como un adelanto de la teoría *Extreme Male Brain* (EMB) de Baron-Cohen (introducida en el año 1997), que más adelante nos detendremos a explicar.

En el apartado anterior se han destacado dimensiones diferentes a las que se van a exponer ahora en la definición del cerebro masculino y femenino: el lenguaje y comunicación (superioridad femenina) y la habilidad espacial (superioridad

masculina). En este apartado, sin embargo, nos moveremos con otra terminología que no niega ni suprime la anterior, pero sí que presenta un modo distinto de entender y distinguir el cerebro masculino del cerebro femenino. El célebre Baron-Cohen (2005), una autoridad destacada en el campo de la investigación del autismo y cuya mención en este trabajo no podía faltar, concibe el cerebro femenino como un cerebro empático y el cerebro del varón como un cerebro sistemático. Ello, prosigue el autor, explica la superioridad en lenguaje y comunicación en las mujeres y la alta competencia de los hombres en habilidad espacial.

Antes que nada, y para movernos en el mismo vocabulario, definiremos qué es la sistematización y la empatía para este autor. Comenzaremos entendiendo qué es la sistematización y posteriormente introduciremos la empatía. Pues bien, la sistematización es la habilidad para analizar y entender, de forma intuitiva, el funcionamiento base de un sistema. El sistema puede ser complejo o simple, los hay muy variados, en realidad lo que define el sistema son las normas y leyes que rigen su comportamiento y por las cuales uno entiende el sistema. Es la habilidad también de crear, construir y elaborar un nuevo sistema entendido esto último como algo que se deriva de lo anterior, si eres capaz de entender el funcionamiento de un sistema, serás capaz entonces de crear uno nuevo (Baron-Cohen, 2005).

El funcionamiento interno de cualquier sistema se entiende por unas normas correlativas y de causalidad, generalmente fijas, que dictan su comportamiento y, por tanto, permiten predecirlo. El sistema no admite un funcionamiento imprevisible y espontáneo. El sistematizador que analiza el sistema sabe cómo se comporta y, más aún, sabe cómo funcionaría mejor y cómo controlarlo pues conoce las bases de dicho sistema. Si la ley o eje sobre el que gira el sistema es que siempre que ocurre "A" sucede "B", si estamos en "A" conoceremos siempre el resultado y si estamos en "B" sabremos lo que aconteció para llegar allí. Podemos entonces controlar el sistema de modo que si queremos "B" pondremos "A". Parece sencillo, este sería un sistema simple muy fácil de predecir pues sólo lo rige una ley tan simple como esa. La dificultad aparecería en un sistema que obedece a numerosas normas complejas en las que puede haber excepciones. Difícil o no de entender su lógica interna, si se conocen sus normas, el sistema será previsible, por lo menos en porcentajes y probabilidades. (Baron-Cohen, 2005)

La sistematización sirve para prácticamente cualquier cosa, pues todo se puede entender como un sistema cuyas reglas de correlación y de causa son fijas. Si le encontramos el sentido, gran parte de la realidad misma atiende a un patrón que se repite. Ahora bien, hemos dicho prácticamente todo o gran parte, ergo hay algo que el sistematizador, por bueno que sea, no puede predecir pues su funcionamiento es

anárquico e inesperado y no responde a leyes fijas. La pregunta que se hace aquí el autor es la siguiente: “¿Es posible sistematizar a una persona?” Podríamos seguir respondiendo afirmativamente si entendemos persona como un ser vivo que, como organismo, lo rigen leyes bioquímicas o físicas. En ese sentido entenderíamos a esa persona perfectamente pero ¿Podríamos entender también, como sistema de normas fijas, los pensamientos de una persona, sus cambiantes emociones y sentimientos, sus intereses o la libertad que concede su voluntad? A ello, no podemos responder con tanta seguridad. Lo cierto es que el ser humano vive normatizado, rodeado de leyes que dominan y condicionan su vida ordenándola a una dirección y a un comportamiento estipulado, pero esto es precisamente porque el ser humano es la criatura menos previsible de todas (Baron-Cohen, 2005)

Pero entonces, ¿Cómo entendemos a las personas? ¿Cómo podemos hacernos a la idea, por lo menos de una forma aproximada, de los pensamientos y sentimientos de una persona si estos, la mayoría de veces, no los dominan leyes fijas y universales? Aquí es, pues, cuando se hace necesario que Baron-Cohen (2005) introduzca el segundo término, la empatía. Entendemos la empatía como una característica propiamente humana que nos permite conocer, entender y sentir de primera mano los sentimientos y emociones de otra persona o incluso otro animal. Pero no entendemos la empatía solamente como una capacidad de copiar los sentimientos, emociones y pensamientos de otra persona en nuestro interior permitiendo entenderlos, sino también como la habilidad de mostrar esa comprensión a la otra persona adoptando los pensamientos y sentimientos más apropiados para esa situación y ese determinado caso. La empatía permite entonces, apoyándose también de la comunicación no verbal, hacerle ver a la otra persona que nos compadecemos de ella y entendemos lo que le ha ocurrido, como se ha sentido, porqué se siente de ese modo y lo que necesitaría de nosotros o de otros para sentirse mejor. No deja de ser una habilidad de comunicación humana, pero una habilidad muy potente, capaz de transmitir emociones y pensamientos humanos. Nos permite ponernos al mismo nivel emocional que la otra persona con actitud de ayuda y, preocupación hacia el otro.

Por último, este mismo autor habla también de los diferentes componentes de la empatía. Nos explica que hay dos elementos fundamentales en la empatía. Existe la empatía cognitiva y la empatía afectiva, pues empatizamos y entendemos pensamientos (cognitivo) y emociones (afectivo). El primero haría referencia a lo popularmente conocido como “ponerse las lentes del otro”, entender y percibir el mundo y esa situación en concreto como lo percibe y procesa el otro. El segundo sería puramente emocional, sería lo dicho anteriormente, adoptar la emoción más

apropiada y oportuna como respuesta a lo sentido por el otro. Se entendería pues, como una especie de contratransferencia (Baron-Cohen, 2005).

Como aclaración de la sistematización y la empatía, podríamos poner el ejemplo del psicólogo clínico. Este, cuando realiza un juicio clínico y cuando entiende los sistemas que representan los cuadros clínicos (“si padece esta sintomatología tiene este trastorno” o “si tiene estos factores protectores y estos de riesgo le corresponde este pronóstico) y, por tanto, sistematiza sin negar la imprescindible relación empática que debe tener con su paciente durante la evaluación e intervención del trastorno que padece, en la que sin dudar empatiza. El buen psicólogo, pues, no prescinde de ninguna de estas dos habilidades (Baron-Cohen, 2005).

Así pues, y a modo de resumen, como concluye Baron-Cohen (2005): “Mientras la forma natural de entender y predecir la naturaleza de los eventos y objetos es la sistematización, la forma natural de entender y dar sentido al comportamiento de una persona es la empatía” (p.19).

Baron-Cohen (2005), en su libro explica, entre otras cosas interesantes que ya se han comentado, que existen tres tipos de cerebro. Por un lado, los que predominan en el sexo masculino, que por su superioridad en la habilidad de sistematizar y entender sistemas y, su escaso desarrollo en empatía, son denominados por el autor como cerebros tipo S o cerebro masculino. Por otro lado, aquellos que predominan en mujeres, son llamados cerebros tipo E o cerebros femeninos, por su ventajosa capacidad de empatizar, pero torpes a la hora de entender el funcionamiento y reglas que rigen un sistema. Por último, explica que existe cierta parte de la población mundial que no se caracteriza por tener cerebros tipo E ni cerebros tipo S, no son ni masculinos ni femeninos, pues su capacidad de empatizar es equivalente a su habilidad de sistematización. Estos, dice Baron-Cohen, por no destacar en ninguna de las anteriores capacidades, son los llamados cerebros equilibrados o tipo B.

Como hemos visto, la sistematización y la empatía son habilidades diferentes que otorgan otra diferencia de sexos significativa. Aunque, cabe decirse que el hecho de ser hombre no reniega que tenga la capacidad de la empatía, como se ha anticipado, es común a todo ser humano y el hecho de ser mujer no quita que no sean capaces de entender un sistema. (Baron-Cohen, 2005).

1.3. El entendimiento emocional

En este breve apartado haremos hincapié en las emociones, así como en aquel concepto que ya presentó en el siglo pasado Daniel Goleman, la inteligencia emocional. Es importante saber destacar si son las mujeres o son los hombres quienes llevan ventaja en este terreno. En el apartado anterior nos adelantamos, viendo que eran las mujeres quienes tenían ventaja en este tema, ahora lo constataremos con algunas evidencias empíricas. Estos, son aspectos importantes a tratar cuando hablamos de autismo y más aún, cuando queremos discernir las diferencias psicológicas entre hombres y mujeres autistas.

Para finalizar la introducción de este apartado, diremos que cada emoción es un seguido de reacciones, y, movimientos internos provocados y dirigidos por y a un estímulo. Este estímulo puede ser real o irreal, presente, pasado e incluso anticipado en el futuro. La emoción provoca en nosotros una diversidad de alteraciones que van desde las respuestas fisiológicas hasta cambios en nuestro pensamiento. No sólo nos ayudan a comunicarnos con el resto, sino que también nos ayudan a adaptarnos al entorno que nos rodea, siendo un mecanismo de supervivencia que nos hace huir o atacar a lo peligroso, y acercarnos a lo placentero y deseado (Aragón, 2008).

En esta misma línea, gran variedad de autores han tratado de responder qué son las emociones, cuantas son, cuáles son los estímulos que las preceden, etc. Ahora, lo que pretendemos introducir es un concepto interesante, un concepto que plantea la posibilidad de diferenciación entre sexos, una diferencia más entre hombres y mujeres: la inteligencia emocional. Muchas son las veces que hemos oído este concepto pero, ¿sabemos realmente qué significa? Pues bien, este constructo lo entendemos como la habilidad para gestionar, distinguir, interpretar y reconocer emociones, ya sean propias o ajenas. Saber identificar nuestras emociones y las de otros, cuándo ocurren, qué las ha originado y cómo responder de la forma más apropiada (Aragón, 2008). Presentamos este concepto porque, como extensión de lo dicho en apartados anteriores, lo que nos atañe en esta sección es observar y resaltar precisamente las diferencias existentes entre hombres y mujeres en referencia al entendimiento emocional.

La experiencia, así como algunos estereotipos que nos da el conocimiento popular de nuestra cultura, nos dicen que las mujeres son más emocionales y expresivas que los varones, siendo estas las que, como se afirma en el apartado anterior, empatizan mejor. Numerosos estudios reiteran y demuestran este conocimiento popular.

Las mujeres puntúan más alto que los hombres en los factores de inteligencia emocional general, percepción y en comprensión y manejo emocional. Es decir, las mujeres son mejores a la hora de percibir emociones. Esto puede deberse a que la socialización influya en que las mujeres sepan leer mejor las emociones, a través de una educación más centrada en el cuidado y la atención a las personas; o es posible que las mujeres estén biológicamente más preparadas para la percepción de emociones. Sin embargo, cabe decirse que otros estudios, como por ejemplo los que utilizaron como método el cuestionario *Bar-On Emotional Quotient Inventory* (EQ-i), no encontraron diferencias significativas entre varones y mujeres en inteligencia emocional general (Aragón, 2008. p.199).

En un estudio en el que se trabajó con una muestra no probabilística de 109 hombres y 113 mujeres con un promedio de 24 años, se investigó para observar si era cierto lo dicho y, existían diferencias entre los hombres y las mujeres respecto a la inteligencia emocional. La prueba administrada consistía sencillamente en mostrar una serie de viñetas en las que se tenían que identificar las emociones presentes. Lo curioso y digno de resaltar fue que, según los resultados registrados de todas las personas que participaron como muestra, no había diferencias significativas en cuanto identificar en las viñetas emociones como la alegría, el miedo o el amor, sino que, donde había notoria diferencia era en la identificación de emociones como la tristeza. Esto nos puede hacer pensar mucho, ¿es realmente cierto lo tradicionalmente supuesto, de que las mujeres son mejores detectando que alguien está pasando un mal momento y sabiendo consolar a esa persona? Parece ser que sí. No sólo eso, también se apreciaron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en puntuaciones de ejercicios, cuya dificultad residía en la comprensión de emociones complejas o contradictorias, en las que las mujeres volvieron a superar a los hombres (Aragón, 2008).

2. El trastorno del espectro autista

El lector de este trabajo podría estar, a estas alturas, sorprendido pensando que aún no se ha hablado ni mencionado si quiera el Trastorno del Espectro Autista, siendo este un trabajo que lo trata esencialmente. También, podría estar preguntándose por qué no se han hablado de las diferencias que menciona el mismo título del trabajo.

El hecho de que se haya comenzado por presentar las diferencias entre el cerebro del hombre y de la mujer, era precisamente porque es necesario entender cómo es y funciona el cerebro del hombre y, cómo es y funciona el de la mujer en todas sus dimensiones. De nuevo surge un porqué, ¿por qué aún no hemos hablado del autismo, ni de las diferencias entre el paciente autista y la paciente autista? Pues bien, para hablar de las diferencias de género/sexo que hay en el trastorno autista hay que preguntarse previamente si esas diferencias son debidas por unas distinciones existentes en la población normal entre hombres y mujeres y ligadas al sexo o lo son propias del trastorno en sí. Es aquí pues, cuando empieza el verdadero contenido del trabajo, el eje principal sobre el cual gira la investigación, el autismo.

2.1. Características clínicas

Hablaremos primero de las características clínicas del trastorno autista. Pero, ¿cómo podemos definir qué es el autismo con el desconcierto y confusión que crea la heterogeneidad de dicha entidad clínica? Ya no sólo la heterogeneidad del trastorno debida a las diferencias de género/sexo, que más adelante se mostrará, sino a la multiplicidad que muestra el trastorno en sí mismo. Dentro del espectro autista se engloba un amplio abanico de acepciones con algunas diferencias y similitudes, unas sutiles y otras no tanto. Así pues, se hace necesario en este apartado, antes de hablar de cómo es un autista, saber qué entendemos concretamente por autista dentro del extenso espectro del autismo.

El denominado espectro autista abarca hasta seis grandes subgrupos, todos ellos considerados autistas y compartiendo por tanto, muchos rasgos en común, aunque con diferencias a comentar. Partimos primero, de lo que estos seis subgrupos autistas deben tener en común, la característica o rasgos comunes que deben presentar para poder hablar de autismo. Pues bien, todos ellos comparten dificultades en la comunicación social y los característicos intereses restringidos y obsesivos además de, movimientos y acciones repetitivas. (Baron-Cohen, 2008; Cererols, 2011; Etchepareborda, 2001). Más adelante, se hará hincapié en estos rasgos comunes.

En cuanto a las diferencias, y es aquí donde aparecen esos, digamos que seis tipos de ser autista, son debidas principalmente al cociente intelectual (CI) y a si hay o no un retraso en la adquisición del lenguaje. También se diferencia en cuanto a la invalidez y el grado de intensidad del cuadro (Baron-Cohen, 2008; Cererols, 2011; Etchepareborda, 2001).

Si revisamos el espectro de menor a mayor intensidad, encontraríamos primeramente al síndrome de Asperger. Esta impresión diagnóstica, que ya no se encuentra en la actual 5ª edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), es importante destacar pues, se desmarca bastante del resto. Se diferencian por tener un CI por lo menos en la media o por encima de ella ($CI > 85$) y sin retraso en la adquisición del lenguaje. Seguidamente, y, con una línea divisoria muy definida, nos encontraríamos al autismo de alto funcionamiento, cuyo CI también se encuentra en la media o por encima de ella, pero a diferencia del síndrome de Asperger, hay un retraso en la adquisición del lenguaje, y su lenguaje verbal, no es tan florido como puede llegar a ser el del Asperger (Baron-Cohen, 2008; Etchepareborda, 2001).

Luego, nos encontraríamos el autismo de funcionamiento medio con CI entre 71 y 84 y, por último, el autismo más grave de bajo funcionamiento con CI ya por debajo de 70 (difícil de distinguir de un retraso mental a primera vista⁴). Por otro lado, estaría el llamado autismo atípico, que se denomina así por el retardo en manifestarse, o porque solamente cumple uno de los rasgos típicos y característicos del autismo. Por último, también existe en el espectro autista, la categoría diagnóstica de trastorno generalizado del desarrollo no especificado. Esta representaría a aquellos que muestren algunos síntomas característicos del autismo, pero insuficientes cuantitativa y cualitativamente, para poder plantearse el juicio clínico de autismo de alto funcionamiento o síndrome de Asperger (Baron-Cohen, 2008).

Vayamos pues, al que nos interesa de todos ellos. En esta investigación, nuestro objeto de estudio será el que precisamente se diferencia más del resto. El que antaño se denominaba síndrome de Asperger hoy día desaparece, incluyéndose en el actual DSM-5 en la categoría diagnóstica de autismo leve y, difuminando esa marcada línea divisoria que los separaba, algo que ha creado cierta controversia y polémica entre muchos profesionales de la salud mental. Pues bien, una vez ya sabemos específicamente de cual hablamos, procederemos a explicar lo que define al síndrome.

⁴ Un autismo de bajo funcionamiento con un CI por debajo de 70 se distingue del retraso mental porque mientras que el segundo presenta un déficit en todas las áreas, el primero puede tener alguna conservada o incluso en la media.

Se introducirán primero los síntomas o rasgos básicos que comparte con el resto de autistas para luego, sumergirnos y ahondar en el interesante mundo Asperger, observando con esmero los rasgos específicos que le dan su distinguible identidad. Según Cererols (2011) existen tres síntomas comunes⁵ a todo autista, a los que antes se ha hecho referencia, a saber:

- Deficiencias sociales
- Deficiencias de comunicación
- Actividades obsesivas y miedo al cambio

Más tarde se entendió que los dos primeros, hacían claramente referencia al mismo síntoma y, se podían reunir en uno sólo. Cabe decirse también, que dada la cronicidad del trastorno, estos síntomas se mantienen a lo largo de toda la vida de la persona aunque no en su misma intensidad. Lo que determinará en gran medida la evolución del síndrome será, como en cualquier otro trastorno, su detección precoz y adecuado tratamiento, así como el apoyo y soporte familiar, y de su entorno cercano. Otro aspecto, especialmente característico del Asperger y de autistas de alto funcionamiento, que influirá en la variabilidad de la sintomatología autista a lo largo de la vida, es la capacidad de camuflar y encubrir esas deficiencias sociales, lo que por otra parte, dificultará su detección y la prontitud del diagnóstico. El cerebro extremadamente racional del Asperger es capaz de suplir esas carencias que por instinto somos dotados, aprendiendo vías alternativas de solución. Lo que a otros por instinto les saldría de forma natural, el Asperger, con gran esfuerzo intelectual, es capaz de aprender las reglas básicas de comunicación social, tanto verbales como no verbales, que imperan en las interacciones humanas (Cererols, 2011).

Como se viene diciendo, el ser humano es un ser, por naturaleza, esencialmente social y gregario. Es algo que incluye su instinto. No se podría concebir un mundo en el que cada individuo viviera y funcionará de forma completamente individual, aislada y autosuficiente sin depender ni comunicarse lo más mínimo del resto de los de su especie. Necesitamos instintivamente contacto social y, por consiguiente, necesitamos de esa dotación natural que nos sirve como herramienta para entenderlo. El autista carece de esa herramienta y habilidad innata así como de la apetencia natural de establecer relaciones íntimas con sus semejantes. Ve el interactivo mundo de las relaciones sociales como algo molesto por su imprevisibilidad y espontaneidad e inexplicable para su cerebro mecánico, calculador y rutinario (Cererols, 2011).

⁵ A estos tres síntomas Cererols (2011) los denomina triada de impedimentos ("*Triad of impairments*").

Esta carencia o déficit de habilidades sociales y comunicación social abarca tanto la comunicación verbal como la no verbal, sobre todo esta segunda. Para empezar, ya de antemano, el autismo clásico presenta retraso en la adquisición de habilidades lingüísticas. Estos también presentan invención de neologismos para referirse a objetos en lugar de utilizar la palabra convencional y un habla repetitiva. El Asperger se caracteriza más por un habla pedante, monótona y aburrida. Además, presentan anomalías en la comunicación pragmática, es decir, no saben ajustar su modo de hablar y su lenguaje al contexto social o situación que les envuelve⁶. Pero no sólo no saben distinguir qué lenguaje es el correcto para cada situación social sino que tampoco saben distinguir reglas básicas en la conversación como el turno de palabra (Baron-Cohen, 2008; Etchepareborda, 2001).

Otro problema que presentan es que entienden el mensaje que se les transmite únicamente de forma literal. Su forma de entender el lenguaje es lineal y unidireccional de modo que una palabra en una frase significa únicamente una cosa. Sólo comprenden lo que transmite el mensaje verbal de forma explícita, lo que cada palabra significa en esa oración de forma concreta pero sin atender al trasfondo que implica o al contexto y situación en los que se expresa dicha oración (Baron-Cohen, 2008; Etchepareborda, 2001)

De ahí, siguiendo a Cererols (2011):

La comunicación suele limitarse al lenguaje verbal utilitario. El autista es incapaz de captar las insinuaciones, las deducciones por el contexto, las ironías, las metáforas, los dobles sentidos, las intenciones, los motivos, las bromas, las mentiras, los sentimientos que desprenden, los estados de ánimo, la reclamación de atención, el deseo de compartir sensaciones. Con los años, dependiendo de la propia experiencia y de la ayuda que haya podido recibir, el Asperger aprenderá a interpretar algunos de estos significados, pero lo hará aplicando el intelecto lógico, deduciéndolo a partir de situaciones vividas, y no por la intuición natural como lo hace el resto del mundo (p.34).

Además, gran parte de la comunicación humana no es verbal sino que, de forma aislada o acompañando al mensaje verbal van una multiplicidad de gestos, movimientos, intenciones, acciones, señales, miradas, tono de voz, expresión facial, etc. Todo ello desconcierta enormemente al autista que no es capaz de entender la globalidad que representa ese conjunto ni, por lo tanto, el mensaje que transmiten. Estos, por el contrario, observan unos sonidos y gestos desordenados y aislados sin aparentemente ningún sentido ni significado (Cererols, 2011). Por lo tanto, al no entender esta comunicación, tampoco la saben utilizar de forma adecuada, de ahí la conocida característica del autismo en cuanto a las relaciones, el nulo contacto

⁶ Hablarían de la misma forma a un niño pequeño y a un adulto, a un familiar y a un desconocido, al padre o madre y al profesor.

visual (Cererols, 2011).

Si a ello le sumamos la complejidad emocional humana, muy arraigada en nuestra comunicación no verbal y con la que el autista también presenta dificultad para su comprensión espontánea, vemos que el autista se encuentra en medio del fragor y caos perceptual de diferentes estímulos incomprensibles para él. Ante la incomodidad que se deriva de estar en medio de ese fuego cruzado de estímulos incomprensibles, espontáneos y caóticos que supone una conversación para el autista, la única alternativa que le queda es el aislamiento. Protegerse en el interior de sus pensamientos, en la seguridad que le proporciona una mente puramente racional y previsible, en el interior de una mente que sí entiende (Cererols, 2011).

El hecho de vivir en un mundo, para ellos imprevisible e incomprensible, les puede causar cierta frustración, tristeza e incluso ansiedad, emociones que como muchas otras ni siquiera ellos logran identificar ni entender dada su escasa inteligencia emocional. De ahí que muchos cursen con sintomatología depresiva o con ansiedad (Aggarwal y Angus, 2015; Cererols, 2011). Se puede sentir como un inadaptado del mundo social cuya única opción es refugiarse en un ensimismamiento. Aquí es donde podríamos enlazar con la otra característica básica, el miedo al cambio y las actividades e intereses restringidos y obsesivos. Concretamente, el miedo al cambio les sirve como un refugio en el que resguardarse del anárquico y desordenado, que supone para el autista, mundo de las interacciones sociales. Son personas que sienten seguridad y comodidad en la rutina e invariabilidad de su día a día. No toleran ni afrontan bien cualquier tipo de cambio en su rutina o en sus esquemas cognitivos, por mínimo que sea y aun siendo este realmente positivo para ellos (Etchepareborda, 2001; Cererols, 2011). Sobre todo, les causa gran ansiedad y malestar, pudiendo acabar en agresión, si el cambio impuesto es inesperado o con aviso de poca antelación (Cererols, 2011).

Es usual que el autista siempre quiera comer lo mismo, en el mismo sitio y de la misma manera. Siempre quiera ir a los mismos sitios por el mismo camino. Puede ser frecuente también que se empeñen en utilizar las mismas prendas de ropa sin reparar en higiene, estética o utilidad⁷ (Cererols, 2011; Cridland, Jones, Caputi y Magee, 2014). Es para ellos una necesidad que todo se repita de forma idéntica. Son personas que se desorientan con gran facilidad y la rutina es para ellos imprescindible. Podría decirse que tienen su día a día programado con una exactitud asombrosa, cada actividad siguiendo siempre el mismo método, el mismo patrón, y siempre en su respectivo e inalterable momento y lugar (Cererols, 2011; Baron-

⁷ Pueden llevar la misma ropa durante días durmiendo incluso con ella o llevar, por ejemplo, una gorra o sombrero sin importar si el día es soleado o no.

Cohen, 2008; Etchepareborda, 2001).

Sus días son tan repetitivos como algunos de sus movimientos estereotipados, más característicos de autismo moderado y grave que no de Asperger. Pues bien, son habituales los movimientos estereotipados y repetitivos tales como el balanceo del cuerpo, aleteo de las manos, movimientos coreicos con los brazos, andar en círculos o girar sobre sí mismos e incluso algunos tics simples. También es usual la repetición de sonidos o ruidos monótonos, la repetición incansable de la misma palabra y la invención de neologismos (Cererols, 2011; Baron-Cohen, 2008).

Lo que sorprende es que pueden invertir largas horas en esta insistente e incansable repetición. Extraña también el tiempo que se pueden quedar abstraídos y abismados en la contemplación de detalles de un objeto o, en muchos casos, con el movimiento circular de este⁸. Es usual que su juego se limite a la clasificación ordenada de sus juguetes alineándolos según su tamaño, forma o colores o a desmontarlos para observar cuidadosamente los elementos que lo conforman. Es curioso, pero se puede plantear que entienden mejor los objetos que a las personas (Cererols, 2011).

En general, esta repetición les transmite seguridad y calma en momentos de ansiedad pero también se puede focalizar en las que hemos llamado actividades e intereses restringidos. Pueden, por ejemplo, visualizar una y otra vez una película o leer reiteradamente el mismo libro si eso es lo que les interesa. Focalizan su atención de una forma exagerada hacia cada detalle de su interés pudiendo llegar a memorizar con exactitud cada elemento, cada palabra o escena. Pueden llegar a ser doctos y entendidos sobre el tema que les interesa. Lo llamativo es que estos intereses son precisamente peculiares no sólo por el tiempo que le dedican, sino por su intensidad y lo impropios que son teniendo en cuenta la edad del sujeto (Cererols, 2011; Baron-Cohen, 2008; Etchepareborda, 2001).

Pues bien, los mencionados son síntomas propios de todo autista, de hecho, requisitos básicos para realizar dicha impresión diagnóstica. Sin embargo, pueden haber algunos que no se cumplen en todo trastorno del espectro del autismo, no todo autista tiene esencialmente sino que se dan, de más, en algunos. De ahí, la distinción de entre los trastornos del espectro del autismo que hemos realizado anteriormente.

Puede ser, en autismo leve o en Asperger, que se dé un pensamiento no verbal. Este síntoma cognitivo varía según la vida del individuo y es interesante tenerlo en cuenta para entender cómo piensa un autista. Muchos de ellos aseguran que su

⁸ Les apasiona, en general, el movimiento circular de los objetos como peonzas, molinos, ruedas, ventiladores o cualquier objeto que pueda girar en círculos sobre un mismo eje.

forma de pensar es radicalmente distinta a personas neurotípicas pues no piensan con palabras sino con imágenes o símbolos. No ven el lenguaje verbal, las palabras, sino como un mero mecanismo de comunicación unidireccional hacia el exterior. Les desconcierta que les digan que una persona utiliza las palabras, su idioma, en su pensamiento interior, en su razonamiento. No conciben esa posibilidad de hablar con uno mismo. Además, entienden ese pensamiento verbal como muy limitado pues no todo puede definirse con palabras y al ser el lenguaje lineal, no abarca estructuras complejas que salgan de esa linealidad. Perciben las imágenes o símbolos como los verdaderos núcleos de su cognición (Cererols, 2011). De esto, la mención que se realiza a Temple Grandin en la portadilla: “Toda mi forma de pensar es visual”.

Otro síntoma raro por su frecuencia e intensidad es la llamada agnosia auditiva. No todos ellos, afortunadamente, lo presentan pero aquellos que la sufren son incapaces de asociar cada fonema del lenguaje hablado con la letra que representa siendo, por tanto, incomprensible. Esto además les imposibilita el lenguaje oral. Cabe decirse que este síntoma solamente se da en pacientes autistas y no en pacientes con Síndrome de Asperger (Etchepareborda, 2001).

Cuando estudias autismo, es frecuente que la gente plantee preguntas del tipo “¿Los autistas son estos que son unos genios, no?” este estereotipo de genio en el conocimiento popular sobre el autismo que, de hecho, la empresa cinematográfica se ha encargado de promover, da a entender una visión algo distorsionada sobre el autismo. Se cree equivocadamente que esta es una característica esencial del autismo, indispensable para serlo. Pues bien, en realidad ser autista no implica necesariamente ser un genio. Lo que sí es cierto es que algunos, en especial Asperger, teniendo las dificultades mencionadas y algunas habilidades incluso por debajo de la media, despuntan asombrosamente en ciertas aptitudes. Se habla ya desde pequeños que son niños prodigio y esta característica, como es normal, es de las que cala más en nuestra sociedad y de las pocas que se resaltan (Cererols, 2011). De hecho, se conoce que el Asperger tiene una inteligencia, cuando menos, en la media y el comportamiento típico que mejor encaja en el perfil del genio suele ser el de alguien reservado y aislado lo que también suscita ese tipo de preguntas (Baron-Cohen, 2008).

Se conocen mediáticamente y en numerosa literatura⁹ muchos casos de autistas que

⁹ Oliver Sacks, en su libro “*The Man Who Mistook His Wife for a Hat*” (1985) (El hombre que confundió a su mujer con un sombrero) o “*An anthropologist on Mars*” (1995) (Un antropólogo en Marte). Daniel Tammet, Asperger que escribió dos libros: “*Born On A Blue Day: Inside the Extraordinary Mind of an Autistic Savant*” (2006) (Nacido en un día azul: Dentro de la Mente Extraordinaria de un autista Savant) y “*Embracing the Wide Sky: A Tour Across the Horizons of the Mind*” (2009) (Abrazando el ancho cielo: Un viaje a través de los horizontes de la mente).

ya desde pequeños eran niños prodigio que destacaban por su increíble y exacta memoria, sus increíbles habilidades matemáticas (Etchepareborda, 2001; Cererols, 2011) o su talento precoz para con instrumentos complejos como el piano. Las preguntas que nos planteamos ahora sería el porqué de estas habilidades tan pronunciadas y por encima de la media ¿Por qué la mayoría de niños prodigio son Asperger? ¿Por qué estas habilidades sólo despuntan en ellos? ¿Es por su forma de pensar y percibir el mundo lo que les facilita estas habilidades? o ¿Es debido al largo tiempo que invierten en su práctica repetitiva lo que explica su dominio? la respuesta a estas preguntas no se conoce con exactitud pero todo apuntaría a que sería una combinación de ambas hipótesis (Cererols, 2011).

Otra característica muy generalizada en muchos de ellos, particularmente conocida y ya mencionada, es su nulo contacto visual. Ya desde el primer año se hace notorio, entre otras cosas, que el autista no entabla dicho contacto. Cuando un autista nos habla, lo hace mirando a otro lado, puede ser que mirándonos pero sin saber a qué parte del cuerpo es necesario mirar con tal de comunicarse con nosotros o con una mirada que nos atraviesa, como si no estuviésemos allí. Es bien conocida la frase “los ojos son el espejo del alma” ya que en una conversación buscamos intuitivamente la mirada del otro no sólo para conectar con el otro sino para obtener más información. De la mirada podemos extraer mucha información, nos puede verificar la información verbal comunicada, nos transmite sentimientos y emociones del sujeto así como su actitud de interés o desinterés frente a la conversación. En definitiva, miramos a los ojos por el mismo motivo por el que hablamos, para comunicarnos (Cererols, 2011)

Pues bien, el autista es incapaz de ver en los ojos más que dos órganos visuales que perciben estímulos visuales transmitiendo esa información al cerebro. Una vez más, entienden los ojos por su practicidad y no como un elemento comunicativo. Ciertamente es que el evitar el contacto ocular no es sólo porque de este no obtienen ninguna información o porque el esfuerzo que supone intentarlo les hace perderse en la conversación, sino también puede deberse que, al igual que sucede con el contacto físico, les causa gran ansiedad, nerviosismo e incomodidad. Algunos intentan disimularlo con breves miradas a los ojos o mirando a sitios cercanos a éstos como los labios o la nariz (Cererols, 2011).

Puede darse también en algunos casos prosopagnosia, es decir, pueden ser incapaces de reconocer caras conocidas siendo este otro obstáculo para relacionarse con los demás (Etchepareborda, 2001; Cererols, 2011). También, derivado de su pobre inteligencia emocional, es común entre estos pacientes la alexitimia. Son incapaces de identificar, entender, expresar adecuadamente y

explicar verbalmente, sus propias emociones y sentimientos, poner palabras a lo que sienten. A lo sumo, desconocen las causas que originan esas emociones. Una explicación puede ser que entienden que su lenguaje es operativo y sus palabras sirven para describir situaciones, hechos, recuerdos, objetos pero no para expresar lo abstracto de las emociones y sentimientos. Como se anticipaba con anterioridad, no sólo no entienden las emociones del resto, sino que tampoco las suyas propias. Si ya es algo entristecedor sentir la tristeza, sabiendo que la padecemos y por qué la sufrimos, imaginémonos un instante sentir ese sentimiento sin saber identificar cuál es y por qué impera en nosotros. Es por ello que, ante la baja gestión de emociones y la imposibilidad de manifestar verbalmente sus sentimientos y combatir sus consecuencias, es frecuente que la tensión acumulada y alta ansiedad se descargue en forma de impulsividad o incluso autoagresividad (Cererols, 2011).

Por último, y no menos importante, pues también condiciona irremediamente la vida de algunos autistas y es útil para explicar el autismo, nos encontramos con el fenómeno de la hipersensibilidad ante estímulos sensoriales. Suelen reaccionar de una manera exagerada, con molestia e incluso dolor inaguantable a estímulos sonoros intensos, repentinos y agudos. Aunque cabe decirse que también reaccionan de una manera inadecuada o desproporcionada teniendo en cuenta el estímulo sonoro percibido¹⁰. También reaccionan desmesuradamente a algunos sabores de ciertos alimentos que pueden considerar incomedibles dado su sabor, y al tacto suave o algunas texturas concretas, lo que lleva al rechazo de llevar cierta ropa y lo que podría explicar la aversión a las caricias o contacto físico con otras personas. Suelen evitar también los cambios rápidos de postura y posición de su cuerpo. De allí, su peculiar torpeza y que eviten situaciones de deporte o de las que puedan haber cambios bruscos en su sistema vestibular. Este hipersensible sistema vestibular y equilibrio explicaría la torpeza en la coordinación motora, las dificultades en motricidad gruesa y, por tanto, en habilidades deportivas (más aún si son en equipo) que caracterizan al autista (Cererols, 2011; Artigas, 2000; Etchepareborda, 2001).

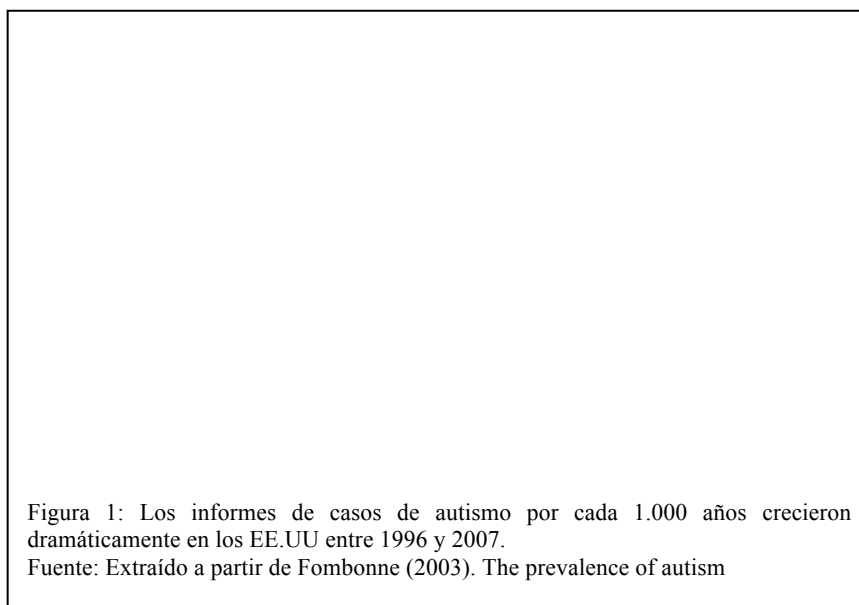
2.2. Epidemiología y prevalencia del trastorno

Una vez terminado el apartado de sintomatología se hace imprescindible ahora hablar de la relevancia clínica del trastorno en cuanto su frecuencia en la población. En este breve apartado, además, se hablará de si hay o no, al igual que muchos otros trastornos, una marcada predominancia de un sexo sobre el otro lo que nos servirá de prolegómeno de una de nuestras premisas: El Trastorno del Espectro del

¹⁰ No reaccionan ante el ruido de las obras pero les desborda el ruido que hace el aleteo de una mosca o un instrumento que desafina.

Autismo está infradiagnosticado en el sexo femenino.

En lo que respecta a la epidemiología del trastorno, es necesario señalar la importancia que ha cobrado en los últimos años, con el notable aumento de las investigaciones y estudios epidemiológicos sobre autismo. Así pues, se estimaba que entre 1980 y 1990 de cada 10.000 personas, entre 4 y 5 presentaban esta categoría diagnóstica (Posada-De la Paz, Ferrari-Arroyo, Touriño y Boada, 2005; Cererols, 2011). Sin embargo, hoy día las investigaciones recientes afirman que las tasas estarían entre 30 y 60 autistas por cada 10.000 personas. Observamos pues, como también se evidencia en la figura 1, un aumento considerable de autismo en tan sólo unas décadas, pero la pregunta a hacernos es ¿Hay en realidad más autismo o es que se detecta más autismo? Es evidente que el creciente interés sobre esta entidad clínica y, el considerable aumento de inversiones económicas destinadas a la investigación del trastorno, responden a ese interrogante (Posada-De la Paz et al., 2005).



Hay que matizar que hay algunas teorías que desmienten lo anterior, afirmando que el aumento de la prevalencia en los últimos años se debe en realidad a que sí hay más autismo. Existen hipótesis que afirman que la causa de este incremento de autismo se debe fundamentalmente a factores del entorno y genéticos. Se postula que la vacuna triple vírica (contra el sarampión, las paperas y la rubeola) causa autismo, y por ello, pueda ser una de las responsables del incremento de autismo estos últimos años, aunque no se ha demostrado que sea cierto, existiendo algunos estudios que lo niegan (Baron-Cohen, 2008; Cererols, 2011). Otros supuestos asumen que lo que en realidad causa autismo no son los virus que contiene la

vacuna, sino el mercurio que porta. Afirman que los niños autistas son incapaces de expulsar a través del cuero cabelludo el mercurio inyectado habiendo, por consiguiente, una acumulación tóxica de mercurio en su cerebro. Esta hipótesis se apoya en un estudio que encontró menor cantidad de mercurio en el cabello de los niños autistas en comparación con los niños de los grupos de control que habían sido vacunados (Baron-Cohen, 2008).

Otra hipótesis, más estudiada y probable que las anteriores, es la del emparejamiento selectivo. Explica que la causa del aumento es puramente genética, es decir, ha habido un mayor número de parejas, sino autistas, sí con características o rasgos autistas, que han procreado transmitiendo a sus hijos la genética autista. Se observa, en familiares próximos de pacientes autistas, el mismo trastorno u otro trastorno del continuo autista. Hay un mayor encuentro de personas de estas características en las redes sociales actuales y en trabajos o empleos que requieren de la capacidad de sistematización (como la tecnología, la astrofísica, etc.), lo que facilita su emparejamiento y la posterior transmisión de genes de riesgo para padecer autismo. Esta hipótesis encuentra sentido en datos epidemiológicos, que señalan que en poblaciones estadounidenses pioneras en investigación tecnológica, y donde abundan puestos de trabajo relacionados con la alta tecnología, como la región californiana de *Sylicon Valley*, hay una tasa de autismo de 10 veces superior que el resto de poblaciones estadounidenses (Baron-Cohen, 2008; Cererols, 2011).

Es probable, además, que este incremento de casos detectados se deba a una serie de factores, como un conocimiento y bagaje cada vez más amplio sobre las características del trastorno, cambios en los criterios diagnósticos o la mejora y especificación de las herramientas diagnósticas. Actualmente, se cuenta con muchos métodos que apoyan la evaluación y diagnóstico de pacientes autistas y con los que antes no contábamos, lo que ha ido facilitando el diagnóstico a lo largo de estos años, de casos que antes pasarían por alto o se diagnosticarían equivocadamente como otros trastornos mentales próximos al continuo autista (Posada-De la Paz et al., 2005; Cererols, 2011). Los casos de autismo de mayor gravedad, antes se solían confundir con retrasos mentales o trastornos de índole psicótica. De ahí que el creciente aumento de diagnóstico de autismo durante estos últimos años que se señala, vaya seguido de una disminución de casos de retraso mental. Por otro lado, los casos de menor intensidad pasaban, por entonces, desapercibidos por no tener herramientas de diagnóstico suficientemente sensibles y específicas, entendiéndose que eran sencillamente personas socialmente ineptas o algo raras. Esos casos subestimados deberían haber recibido, en realidad, la impresión diagnóstica de síndrome de Asperger o de algún trastorno generalizado

del desarrollo no especificado. Es preciso señalar que actualmente, aun contando con las mejoras en diagnóstico y ventajas de una mayor comprensión sobre el tema, existen muchos casos que no han recibido ningún diagnóstico oficial sirviendo esto de motivación para los profesionales de la salud mental afines a este campo que encaran, aún hoy día, este reto de diagnóstico (Posada-De la Paz et al., 2005).

Cabe decirse, a lo sumo, que estos factores puedan ser un sesgo de las cifras de prevalencia que observamos. No se descarta la posibilidad de otros muchos factores desconocidos, que puedan estar incidiendo en esta ya reconocida epidemia, provocando por doquier una alarma social (Posada-De la Paz et al., 2005; Cererols, 2011).

Las primeras manifestaciones e indicadores de autismo se pueden observar hacia los 18 meses de edad, aunque la detección y diagnóstico se sitúa en la media de los 5 años. Otros datos epidemiológicos a mencionar podría ser el estudio poblacional en *Brick Township, New Jersey*, en 1998 que afirmó que de cada 10.000 niños entre 3 y 10 años de edad, 67 eran autistas. En el estudio realizado en el área metropolitana de Atlanta (EEUU), la prevalencia de los trastornos del espectro autista fue de 34 por cada 10.000 niños de 3 a 10 años. Por otro lado, en el Reino Unido, la prevalencia que ofrece la *National Autistic Society* es aún mayor, 91 por cada 10.000 menores de 18 años (Posada-De la Paz et al., 2005). Curioso el pensar que es precisamente en el Reino Unido, pioneros en investigaciones y mejoras para la detección y tratamiento de nuestros pacientes autistas, donde se encuentran las cifras más altas.

Profundizando aún más y centrándonos en la población autista en concreto encontramos un dato interesante, un hecho que sirve de preámbulo para la que es una de las más importantes conclusiones del trabajo, que más tarde se evidenciará. Este dato es una incidencia mayor del trastorno del espectro del autismo en el sexo masculino, algo que será posteriormente merecedor de nuestra atención y reflexión (Shefcyk, 2015).

2.3. La teoría del EMB

En el terreno de la Psicología existen diversas teorías explicativas para entender el autismo y responder los grandes interrogantes que se plantean. Teorías plausibles como la teoría de la disfunción ejecutiva, la teoría de la coherencia central débil, la teoría de la ceguera mental o la teoría magnocelular (Baron-Cohen, 2008), que podrían razonablemente aparecer en trabajos como este, pero que no nos detendremos a explicar puesto que la que, con seguridad, guarda más relación con

lo que nos atañe en este trabajo es precisamente la que ya ha aparecido anteriormente, la teoría del *Extreme Male Brain* (EMB) de Baron-Cohen.

Asimismo, en este apartado, se pretenden señalar las consecuencias que podría tener la conceptualización del cerebro autista como un cerebro puramente hipermasculinizado. Consecuencias que pueden, inadvertidamente, influenciar el diagnóstico en pacientes de sexo masculino y repercutir gravemente en nuestros pacientes femeninos en cuanto a su diagnóstico, tratamiento y, en consecuencia, futuro pronóstico.

Como se ha dado a entender al final del apartado anterior, el autismo es un trastorno en el que existe una evidente y marcada prevalencia por parte del sexo masculino. Una prevalencia que varía según los estudios pero que aproxima que el número de autistas hombres cuadriplica al de las mujeres (4:1). No es sorprendente que esto aliente a una mejor comprensión de sexo de los Trastornos del Espectro del Autismo, algo que puede estar equivocado y tacharse de reduccionista. Pues bien, esta teoría, ya trabajada en un apartado anterior, se apoya en la explicación de que el cerebro sistematizador predomina en el sexo masculino mientras que el cerebro empático se presenta mayoritariamente en el sexo femenino. Si entonces entendemos el cerebro autista como un sistematizador extremo por sus increíbles y resaltantes habilidades en cuanto a la sistematización y sus carencias notables en empatía, esta prevalencia cobra sentido. Es más fácil y probable, por tanto, que sea el cerebro masculino el que este hipersistematizado y no el femenino, mayoritariamente más lejos de ese extremo. Con ello, es sencillo explicar que haya menos pacientes autistas mujeres, pues hay menos mujeres sistematizadoras (Baron-cohen, 2008; Krahn y Fenton, 2012; Ruggieri y Arberas, 2016).

Aún y a pesar de las críticas que pueda recibir este planteamiento, si nos posicionamos en esta línea, podemos aproximarnos de una manera inteligible al mundo autista y entender mejor su funcionamiento cognitivo y manera de percibir el mundo.

Así pues, siguiendo a Baron-Cohen (2008):

Un buen sistematizador desmiembra, no une, porque cree que unir las cosas le hará perderse diferencias fundamentales que le podrían ayudar a predecir en qué medida funcionarán de forma diferente dos cosas. Visto así se podría decir que es la persona neurotípica la que tiene un problema porque pasa por encima de diferencias que pueden ser muy importantes. Las personas neurotípicas sólo ven <<árboles con hojas>>. El autista es capaz de apreciar que cada árbol tiene hojas distintas y que, incluso en una misma especie de árbol (el Sicómoro de California), hay hojas que tienen hongos y otras que no. ¿Se daría usted cuenta de esto? (p. 108).

Con ello, podemos concluir que los detalles juegan para el autista, un papel esencial en el entendimiento de un sistema. Muchos tendemos a extraer conclusiones y generalizaciones precipitadas por la experiencia de algunos casos concretos. Sin embargo, para el autista los detalles sí importan, son los que cambian el sistema entero. Si cambias el detalle ya no es el mismo sistema ni se comportará de la misma forma. Para el autista, el orden de los factores sí alteraría el producto. De ahí la dificultad del autista para generalizar, puesto que para realizar una generalización con certeza, necesitaría conocer a la perfección todos los elementos concretos que componen ese sistema o categoría (Baron-Cohen, 2008; Artigas, 2000). Las personas con autismo tienden a procesar la información de una manera que es, a menudo, centrada excesivamente en detalles concretos, por lo que las características particulares son percibidas y retenidas a expensas del significado global y el contexto que lo sitúa (Artigas, 2000; Krahn y Fenton, 2012).

Como podemos apreciar, la teoría propuesta por Baron-Cohen puede sernos de gran utilidad e interés en nuestro arduo camino por llegar a comprender la mente del autista y por qué el diagnóstico predomina de tal manera en el sexo masculino. Pero esta teoría no sólo se explica en este trabajo, con la intención de ensalzarla sino porque puede ser, además, una explicación subyacente a nuestro problema del reto del diagnóstico en mujeres. Siguiendo a Krahn y Fenton (2012), Baron-Cohen se acerca a una peligrosa comprensión sexista del autismo que, podría estar repercutiendo negativamente, en los pacientes autistas que él mismo intenta comprender y, en definitiva, ayudar. El hecho de que entienda el cerebro autista como hipermasculinizado por la amplia mayoría de hombres con cerebro tipo S (recordamos, sistematizador) podría estar sugiriendo que el hecho de ser hombre, y por consiguiente tener un cerebro propiamente masculino (tipo S), es un factor de riesgo para padecer autismo. Estaría excluyendo o, más bien, subestimando la posibilidad de diagnóstico de autismo en pacientes de sexo femenino por el mero hecho de tener esa identidad sexual.

Si por el hecho de que hay una mayoría de hombres con cerebro tipo S, entendemos ese cerebro tipo S como un cerebro masculino, toda aquella mujer que tuviese un cerebro tipo S tendría entonces un cerebro masculino. Ello conduce al problema, según Krahn y Fenton (2012), de que las mujeres pueden tener perfiles cerebrales del sexo masculino, o incluso hipermasculinizado, y viceversa. El error radica, por tanto, en otorgar la sistematización como algo puramente masculino y la empatía como algo esencialmente femenino.

Para clarificar, el ejemplo que introducen los autores:

Anológicamente hablando, esto es paralelo a las distribuciones de altura entre los seres humanos masculinos y femeninos. Los seres humanos masculinos tienden a ser más altos que las mujeres, pero parece problemático sugerir que las mujeres altas tienen altura masculina y los machos bajos tienen perfiles de altura femeninos (Krahn y Fenton, 2012. p. 96)¹¹.

Esto, sugieren Krahn y Fenton (2012), sería un planteamiento del todo equívoco y falto de evidencia para tomarse como válido. Las deficiencias sociales y de comunicación, propias del autista, no pueden otorgarse a un sexo o a las expectativas de género o estereotipos que marca la sociedad, sino al trastorno en sí. El hecho de ignorar la posibilidad de que las mujeres puedan tener un cerebro hipermasculinizado, y por tanto estas deficiencias, o que aun admitiendo dichas deficiencias, no reconocerlas propias del trastorno por ser presentadas de forma diferente a como las presenta la mayoría de autistas hombres, puede estar desatendiendo a nuestros pacientes autistas femeninos.

La comprensión del autismo como un “trastorno de chicos” puede estar privando el diagnóstico (incluso el diagnóstico correcto) a mujeres, con el problema que ello conlleva para la identidad del paciente y la comprensión de sus dificultades. Dar nombre a lo que le pasa, además de la falta de representación femenina en la investigación del autismo durante tanto tiempo, y, el hecho de no tener la opción de una detección y tratamiento precoz, podría influir drásticamente en su pronóstico (Krahn y Fenton, 2012; Lai, Lombardo, Auyeung, Chakrabarti y Baron-Cohen, 2015; Hiller et al., 2014; Shefcyk, 2015; Cridland et al., 2014).

¹¹ Texto original: *Analogically speaking, this parallels height distributions among male and female humans. Male humans tend to be taller than females, but it would seem problematic to suggest that tall females have male height and short males have female height profiles.*

3. El autista y la autista

Anteriormente se habló de heterogeneidad dentro del espectro autista, sin embargo, el concepto no solamente hacía referencia a la multiplicidad de trastornos que se enmarcan en dicho espectro sino, además, a la diversidad que presenta el trastorno en cuanto es presentado por un hombre o por una mujer.

Asimismo, hablabamos en el primer capítulo del trabajo de las evidentes diferencias de género/sexo que facilitaban la introducción y comprensión de lo que es el objeto de nuestro estudio, lo que motiva la realización de este trabajo. Sabiendo que realmente hombres y mujeres somos diferentes no resulta tan alarmante ni sorprendente el hecho de que podamos mostrar el mismo trastorno de una forma distinta.

En el autismo, al igual que podría suceder en otros muchos trastornos, ocurre esto mismo. El autista y la autista son dos mundos diferentes, manifiestan la misma realidad de forma distinta, cada uno con sus diferencias y matices pero, en definitiva, sin dejar de hablar del mismo trastorno.

3.1. El mismo trastorno ¿En qué lo manifiestan de forma diferente?

Es en este apartado, pues, será donde presentaremos esta realidad que reclama nuestra atención. Un hecho que, una vez más, obliga a los profesionales afines al campo del autismo a revisar sus esquemas sobre el trastorno, a realizar un cambio de paradigma y a hacer frente a lo que anteriormente era una simple posibilidad pero que ahora supone un reto que requiere de nuestra reflexión.

Pues bien, en nuestro afán por superar tal reto, encontramos ya nuestro primer obstáculo tan solo dar el primer paso. Es necesario recordar previamente lo enunciado en el apartado anterior, pues sería erróneo y confuso definir y comprender las diferentes manifestaciones comportamentales y cognitivas de hombre y mujer autistas, si lo que definimos por autismo se ha visto ya inevitablemente influenciado por una comprensión sexista del trastorno. Sería fácil coger los criterios de comportamiento establecidos para definir autismo y, ver en qué aspectos encontramos diferencias en pacientes autistas femeninos y masculinos pero, si ciertamente ha habido durante todos estos años de investigación en autismo una definición sesgada hacia los perfiles autistas masculinos, nos enfrentamos al problema primordial de que dicha definición no sería adecuada para enmarcar ambos perfiles y, por tanto, compararlos. En otras palabras, si lo que entendíamos por autismo hasta hoy día era en realidad una visión del autista masculino, no

podemos utilizar dicha comprensión para comparar al autista masculino y al autista femenino (Lai et al, 2015; Hiller, Young y Weber, 2014).

Este exagerado argumento podría servirnos para plantearnos si realmente necesitamos renovar esos criterios de comportamiento por unos criterios que definan el autismo más “neutros”, libres de errores de sesgo y que acojan por igual ambos perfiles. ¿Es necesario, pues, redefinir el autismo? No todo es batalla perdida y pasos hacia atrás, basta con poner la mirada en la esencia del autismo (Lai et al, 2015).

En apartados anteriores se definieron con esmero las características clínicas del autismo, explicando primero las características básicas y esenciales a todo autista para luego exponer detalladamente aquellos que no eran compartidos por todos, considerándose de alguna forma como secundarios o más específicos de ciertos casos de autismo.

Pues bien, retomando lo dicho, sería importante ahora distinguir aquellos constructos que definen la base del autismo y que son independientes de sexo/género, de aquellas definiciones y características que sí sería necesario actualizar por la discrepancia evidente que muestran en la manifestación en cada sexo/género. Los primeros serían la triada de déficits e impedimentos comunes (déficits en la comunicación social y la interacción social y los patrones repetitivos y restringidos de comportamiento, intereses y actividades) mientras que los segundos serían aquellos síntomas secundarios como, por ejemplo, la motivación a entablar relaciones sociales, la atención al detalle, el tipo de juego o de interés restringido, síntomas de ansiedad o depresión, problemas de atención y ansiedad social... Lo importante sería además, observar estas diferencias tanto cuantitativa como cualitativamente, así como atendiendo al desarrollo, también diferente¹², de hombres y mujeres autistas (Lai et al, 2015).

Una vez sabemos lo que queremos comparar, ahora queda saber cómo vamos a compararlo. Siguiendo a Lai y sus colaboradores (2015), existen dos metodologías para llevar a cabo nuestra empresa. Por un lado, podemos considerar la más obvia, que sería comparar directamente a un autista hombre y a una autista mujer. Por otro lado, nuestra otra interesante alternativa sería comparar cómo difieren el hombre autista y la mujer autista de sus respectivos perfiles neurotípicos.

En lo que respecta a la primera comparación, se han encontrado algunos hallazgos importantes a destacar en este trabajo. Si hablamos de interacción social,

¹² No sólo el autista y la autista tendrán un desarrollo diferente sino que además cada uno se enfrentará a problemas y retos diferentes en las respectivas etapas de sus vidas.

observamos que, por lo general, pacientes autistas de sexo femenino tienen mayor conciencia de la necesidad de interacción social y, por ende, un mayor deseo de interactuar con los demás en comparación con nuestros pacientes autistas masculinos (Lai et al., 2015; Hsiao, Tseng, Huang y Gau, 2013; Ruggieri y Arberas, 2016).

Se conoce, además, que en comparación hay, por parte de las mujeres autistas, una mayor capacidad de camuflar sus deficiencias en interacción social por su habilidad en imitar y copiar a otros en sus interacciones sociales (Lai et al., 2015; Cridland et al., 2014; Hiller et al., 2014; Hsiao et al., 2013; Attwood y Grandin, 2006; Ruggieri y Arberas, 2016). Es más común, en mujeres autistas, que desarrollen estrategias compensatorias que suplan sus carencias a nivel de interacción social. Las pacientes autistas, en contraposición con los autistas masculinos, aprenden por aprendizaje vicario algunas normas de la interacción social, comunicación no verbal y estrategias plausibles para la comunicación social. Suele ser frecuente, además, que las chicas con autismo copien los gestos, forma y tono de habla, manera de expresarse e incluso la misma personalidad de otros individuos. Esta superioridad en habilidades sociales aprendidas e imitadas por parte de las mujeres autistas ayuda a que, al menos por un tiempo, pasen desapercibidas sus dificultades y limitaciones sociales que caracterizan su trastorno dando la explicación necesaria al enigma de porqué las mujeres autistas se detectan más tardíamente que los hombres autistas (Attwood y Grandin, 2006; Hiller et al., 2014; Lai et al., 2015; Shefcyk, 2015; Hsiao et al., 2013).

Los pacientes autistas masculinos suelen tener menos amistades cercanas que las mujeres autistas. Se ha evidenciado, además, que las mujeres autistas suelen tener menos dificultades para entablar nuevas relaciones siendo peculiar que sí tengan dificultades en mantenerlas, más aún si estas son durante la adolescencia (Lai et al., 2015; Cridland et al., 2014; Shefcyk, 2015; Hiller et al., 2014; Hsiao et al., 2013; Attwood y Grandin, 2006). Esto podría encontrar su explicación si observamos que las niñas autistas de preescolar, aún con dificultades, comprenden mejor que los niños autistas el test de *Sally y Anne* que evalúa la teoría de la mente¹³. Comprender este test es básico para establecer y mantener una amistad pues nos dará a entender si el niño tiene o no dificultades con los elementos imprescindibles de una relación amistosa como empatizar, escuchar o compartir (Hsiao et al., 2013). Los chicos autistas tienen problemas no sólo para iniciar amistades sino también para

¹³ A través del test de *Sally y Anne*, conocemos su habilidad para entender los pensamientos, sentimientos y emociones de otras personas. En otras palabras, empatizar cognitiva y afectivamente con otras personas. Es un test sencillo que muchos autistas adolescentes o adultos podrían llegar a superar pero que para los más pequeños supone un gran reto.

mantenerlas. También se conoce que las pacientes autistas tienen mayor facilidad para mantener conversaciones aún cuando estas no giran en torno a sus intereses restringidos, mientras que los chicos autistas pierden rápidamente el interés en esa conversación a la que esta se desvía de su tema de interés. Esto es coherente con los datos que reportan que las chicas autistas tienen menor dificultad para ajustar su comportamiento a la situación (evitar comportamientos o comentarios inadecuados), dentro de lo que cabría esperar por su trastorno (Hiller et al., 2014).

Pero no sólo difieren en sus amistades sino también en sus enemistades. Por lo general, los chicos tienen una forma de manejar los conflictos con otros que implica la agresividad física o verbal directa contra la otra parte conflictiva, mientras que las chicas suelen manejar el conflicto hacia la otra persona de una forma mucho más sutil y disimulada mediante la propagación de rumores, hacer el vacío, miradas o comportamientos más pasivos. Pues bien, los chicos con autismo no tienen ningún problema en este aspecto, su forma de manejar un conflicto es similar a la del resto de chicos, pues estas estrategias de gestionar un conflicto interpersonal digamos que son un tanto primitivas y simples, sin embargo, las chicas con autismo sí tienen una gran dificultad para manejar el conflicto de una manera tan sutil como el resto de chicas hacen. Esas formas de agresividad pasiva y conductas no verbales son socialmente más complejas, difíciles de entender y llevar a cabo de forma efectiva. Todo ello podría dar una explicación razonable a que nuestras chicas autistas, sobre todo en la adolescencia, tiendan a aislarse socialmente y tener más problemas afectivos como la depresión, baja autoestima y ansiedad relacionados con su trastorno (Cridland et al., 2014; Solomon et al., 2012).

Interesante resaltar que en los pacientes autistas en general suele presentarse una mayor internalización de la psicopatología en comparación con muestras neurotípicas (Solomon et al., 2012). Habida cuenta de ello, se hace necesario saber que, dentro de la población autista, son las chicas las que presentan más internalización de los síntomas que los chicos autistas, en los que contrariamente predomina la externalización de la psicopatología. (Lai et al., 2015; Solomon et al., 2012; Hiller et al., 2014; Nguyen y Ronald, 2014). Con ello podemos atisbar un nuevo problema al que están expuestas nuestras pacientes autistas por su casi inevitable riesgo de internalizar la psicopatología, estando este riesgo determinado por su sexo y su trastorno (Solomon et al., 2012). Se ha observado además que, en coherencia con lo anterior, son las pacientes autistas las que tienen menos problemas de comportamiento que sus iguales masculinos (Cridland et al., 2014; Hiller et al., 2014; Hsiao et al., 2013; Attwood y Grandin, 2006).

Observando su funcionamiento en el colegio, se ha comprobado que las mujeres autistas suelen estar mejor adaptadas en sus relaciones en primaria y que ningún profesor suele darse cuenta de su patología pues muestran, por lo general, un comportamiento adecuado en la clase. Sin embargo, es en secundaria cuando suelen recibir más marginación y desadaptación. Observando el comportamiento social de las mujeres autistas en el colegio, se sabe que las chicas autistas no suelen tener tantos problemas de comportamiento como los hombres, que externalizan más la conducta, siendo más común en ellos las agresiones físicas para expresar su frustración. Comparándolos, los chicos autistas tienen peor rendimiento, adaptación y, por lo general, una actitud más negativa hacia el colegio, profesores y compañeros que sus iguales femeninos (Lai et al., 2015; Shefcyk, 2015; Hiller et al., 2014; Hsiao et al., 2013; Ruggieri y Arberas, 2016). Es frecuente encontrar en las chicas una actitud más pasiva y tolerante ante las diferencias o confrontaciones con sus compañeros mientras que en los chicos, más intolerantes, suelen gestionar su frustración con la autoagresividad o la heteroagresividad (Ruggieri y Arberas, 2016; Attwood y Grandin, 2006). Esto podría explicar por qué los chicos con autismo se decantan antes por las amistades femeninas, que toleran mejor su comportamiento (Attwood y Grandin, 2006).

Los hombres autistas suelen tener peor desarrollo de habilidades lingüísticas y de comunicación no verbal que las mujeres autistas y una peor imaginación y abstracción del lenguaje (Lai et al., 2015; Ruggieri y Arberas, 2016). En comparación con las mujeres autistas, a los hombres autistas les es más costoso tener un tipo de juego más creativo e imaginativo basado en la ficción y la simulación (Attwood y Grandin, 2006; Lai et al., 2015; Ruggieri y Arberas, 2016). Si su juguete es, por ejemplo, un coche, las propiedades que le atribuirán serán las propias de un coche y jugarán con el coche teniendo en cuenta lo que es y lo que puede hacer un coche, sin tener imaginación suficiente como para simular que ese coche es en realidad una aeronave que puede volar o sumergirse en el agua.

En otro de los síntomas principales del autismo (los patrones repetitivos y restringidos de comportamiento, intereses y actividades), encontramos que las mujeres autistas no sólo presentan menos patrones repetitivos e intereses restringidos respecto a los hombres autistas sino que, además, sus intereses suelen ir dirigidos a otro tipo de objetos. Es decir, no sólo difieren en cantidad sino también en tipología. Mientras que los intereses restringidos de los pacientes autistas de sexo masculino suelen dirigirse a objetos, cosas, maquinaria, pantallas tecnológicas, ordenadores... los de las mujeres autistas tienden a involucrar personas o animales (por ejemplo sus mascotas, algún animal determinado, estrellas del cine,

cantantes...) lo que también podría pasar desapercibido considerándose algo trivial y propio de su edad. Debemos señalar que el tipo de interés restringido varía además según la edad del sujeto y que pueden cambiar o añadirse nuevos intereses restringidos a lo largo de la vida del autista (Lai et al., 2015; Solomon et al., 2012; Shefcyk, 2015; Hiller et al., 2014; Nguyen y Ronald, 2014; Ruggieri y Arberas, 2016; Hsiao et al., 2013; Attwood y Grandin, 2006). Cabe decirse que estas diferencias halladas en patrones repetitivos y restringidos de comportamientos e intereses también se trasladan a estudios con muestras autistas de adolescentes con autismo de bajo funcionamiento (autismo grave). En este estudio se encontraron estas mismas diferencias, sin embargo, se sugirió que el resto de diferencias comentadas no eran significativas concluyendo que a mayor gravedad de autismo, menores eran las diferencias de género/sexo encontradas entre autistas (Nguyen y Ronald, 2014).

Aunque podríamos decir que no abundan las investigaciones sobre diferencias cognitivas específicas, pues es un tema de estudio reciente, se ha encontrado que mujeres con autismo tienen capacidades cognitivas y de adaptación generales más bajas (Lai et al., 2015; Cridland et al., 2014). De hecho, se ha relacionado a las mujeres autistas con un CI, por lo general más bajo, aunque hay otros estudios que lo desmienten (Cridland et al., 2014; Nguyen y Ronald, 2014). Interesante destacar que, los niños autistas tienen mejores resultados de desarrollo motor que las niñas autistas. Ahora bien, los niños autistas obtienen resultados más bajos en la Escala de Inteligencia de Wechsler para niños (WISC) en codificación, búsqueda de símbolos y velocidad de procesamiento, aunque cabría resaltar que sí obtienen puntajes superiores respecto a sus iguales femeninos en la prueba de cubos. Cabe decirse que en estos estudios no se contó con grupo de control (Nguyen y Ronald, 2014; Lai et al., 2015). Otros estudios, contrariamente, no encontraron diferencias significativas entre autistas en cuanto al CI quedando este aspecto pendiente de investigación más profunda (Hiller et al., 2014; Nguyen y Ronald, 2014).

Otras características a comentar sería la propensión de las mujeres autistas, respecto a sus iguales masculinos, a ser perfeccionistas (Lai et al., 2015; Attwood y Grandin, 2006; Ruggieri y Arberas, 2016). Estudios demuestran que los niños con TEA suelen tener un juego más estereotipado que las niñas autistas, en las que predomina un juego más imaginativo y creativo aún, y a pesar de su trastorno (Solomon et al., 2012; Shefcyk, 2015; Ruggieri y Arberas, 2016; Attwood y Grandin, 2006). Es frecuente en las niñas con autismo la invención de amigos imaginarios que suplan o compensen su difícil necesidad de interacción y, acompañen con juegos su soledad y marginación (Attwood y Grandin, 2006; Ruggieri y Arberas, 2016).

También se ha correlacionado una mayor hipersensibilidad a los estímulos en chicos autistas en comparación con las chicas autistas (Nguyen y Ronald, 2014). Es, a lo sumo, habitual en pacientes autistas femeninos que su trastorno vaya acompañado de problemas de alimentación mientras que el cuadro autista masculino suele ir de la mano de sintomatología de hiperactividad e inatención (Lai et al., 2015; Nguyen y Ronald, 2014). En estudios de gemelos se ha reportado que, el hecho de que en hombres exista cierta comorbilidad entre sintomatología autista y déficits de atención e hiperactividad, se explica por razones genéticas (Nguyen y Ronald, 2014).

Por otra parte, nos quedaría comparar al hombre y mujer autistas con sus respectivos perfiles neurotípicos. Gracias a estudios que contaban con poblaciones autistas adolescentes y grupos de control, nos percatamos de que las mujeres con autismo son más pobres en la inhibición de la respuesta que las mujeres neurotípicas de sus respectivos grupos de control. Por otro lado, dicha capacidad de inhibir respuesta es superior en hombres autistas, siendo equiparable a la de las mujeres neurotípicas de los grupos control. Ello sería coherente con los resultados que dictan que los chicos con autismo tienen un comportamiento más compulsivo. De los autistas adolescentes masculinos podría decirse, además, que existe un evidenciado peor funcionamiento en toma de decisiones en comparación a los grupos control de hombres, mientras que el funcionamiento de nuestras jóvenes autistas, en esas mismas habilidades, es equiparable a los grupos control de mujeres neurotípicas (Nguyen y Ronald, 2014; Lai et al., 2015).

Como se ha dicho anteriormente, los chicos autistas tendrían un mejor funcionamiento en la prueba de cubos en comparación con sus iguales femeninos con autismo, cuyos resultados son equiparables a los obtenidos por el grupo de chicas neurotípicas (Nguyen y Ronald, 2014; Lai et al., 2015). Otro hallazgo interesante en esta línea sería, aun rompiendo lo que cabría esperar del conocimiento popular, que los hombres con autismo tienen más dificultades para la recuperación de memoria autobiográfica que los hombres neurotípicos. En cuanto a las mujeres, en este aspecto, no se han recabado resultados significativos como para extraer una conclusión (Lai et al., 2015).

Como se ha comentado con anterioridad, en estudios que contaban con muestras de adolescentes neurotípicos y grupos de adolescentes con el diagnóstico de autismo, se evidenció también que el grupo de las chicas con autismo eran, de todos los grupos, las que padecían mayor internalización de la psicopatología. Se observó, además, que las niñas con TEA tendían a expresar más sus emociones, sobre todo la tristeza y el miedo (Hiller et al., 2014; Solomon et al., 2012). Podríamos encontrar un paralelismo de estos resultados en pacientes de otro trastorno del

neurodesarrollo como el Trastorno del Déficit de atención e hiperactividad (TDAH), donde son las niñas con este trastorno las que vuelven a despuntar respecto al resto de grupos en la internalización de la sintomatología. Esta consonancia no hace más que reivindicar la relevancia clínica de este hallazgo, ya no sólo para nuestras pacientes autistas, remarcando la importancia ahora más que nunca para mejorar la detección e intervención de estas pacientes. Aunque no hay suficientes estudios que lo avalen, se cree que técnicas cognitivo-conductuales para hacer frente a este problema serían plausibles. Ahora bien, lo que sí se ha demostrado es que los estudios que utilizan técnicas de esta escuela para tratar la ansiedad en niños con TEA de alto funcionamiento desprenden resultados positivos esperanzadores (Solomon et al., 2012).

En lo que respecta a los estudios con adultos autistas, lo que la empírica nos muestra es que no hay una marcada diferencia, pues tienen un funcionamiento semejante en mentalización, reconocimiento de emociones faciales y en la inhibición de respuestas que antes comentábamos. Sin embargo, saliendo de esta aparente simetría, cabe decirse que los hombres autistas poseen una atención al detalle y una funcionalidad ejecutiva mucho más precaria que la de los hombres neurotípicos, habiendo más paridad entre las mujeres autistas y sus grupos de control neurotípicos. En lo que respecta a la atención al detalle, los resultados también se trasladan a los grupos autistas adolescentes. Otra aportación interesante en este aspecto es que, concretamente en adultos autistas de alto funcionamiento, no se ha encontrado en apariencia ninguna diferencia de género/sexo que sea significativa. Podríamos decir, con bastante seguridad y respaldo empírico, que la gran mayoría de diferencias entre hombres y mujeres autistas se centran en las funciones ejecutivas y el procesamiento visuoespacial y en cuanto a criterios de diagnóstico, se focalizan en los intereses restringidos y comportamientos estereotipados (Lai et al., 2015; Nguyen y Ronald, 2014).

3.2. El reto del diagnóstico

Es hora de realizar un cambio de paradigma, de reflexionar y de cuestionar algunos aspectos básicos sobre el autismo que dábamos por supuesto, sin pensar en la remota posibilidad de que quizás estábamos equivocados. Siempre se ha dado por hecho que el autismo es un trastorno de chicos, y ciertamente la afirmación cuenta con el respaldo de los datos epidemiológicos y demás, quizás esa comprensión del trastorno haya influido en nuestra manera de estudiarlo y definirlo hasta el momento.

Diagnosticar nunca ha sido fácil y no debemos ser “de gatillo fácil” y diagnosticar de forma precipitada e imprudente. Muchos pacientes autistas, tanto hombres como

mujeres, recibieron un diagnóstico erróneo antes de ser diagnosticados de autismo. Por un lado, la mayoría de autistas masculinos tenían el diagnóstico previo de TDAH o trastorno de la conducta. Por otro lado, generalmente las mujeres autistas tienen diagnósticos previos de trastornos de ansiedad (Hiller et al., 2014). No podemos subestimar la posibilidad de habernos equivocado sin asumir las consecuencias que se derivan de tal error en la intervención y pronóstico del cuadro del paciente. Resulta evidente que una detección y tratamiento precoz serán siempre más efectivos, ya no sólo en el autismo sino en cualquier otro trastorno mental (Aggarwal y Angus, 2015).

En este caso, nos enfrentamos a un verdadero reto de detección, pues cuando ilusamente creíamos que lo conocíamos prácticamente todo acerca del autismo y que este era un trastorno que teníamos bastante estudiado y controlado, ahora aparecen nuevos interrogantes que podrían poner en duda mucho de lo anterior, y avisarnos de que todo eso que tanto sabemos sobre el autismo sea, en realidad, muy poco.

En el apartado de este trabajo en el que se exponían interesantes datos epidemiológicos sobre el autismo, se habló finalmente de que este trastorno se daba con mayor frecuencia en el sexo masculino que en el femenino. Los estudios hasta ahora coinciden en la proporción de 4:1 en el autismo en general, y si concretamos más, de 10:1 para el llamado anteriormente Síndrome de Asperger (Attwood y Grandin, 2006; Shefcyk, 2015; Hiller et al., 2014; Hsiao et al., 2013; Aggarwal y Angus, 2015).

Estos datos epidemiológicos remarcan la evidencia de que el trastorno es más diagnosticado en niños que en niñas. No obstante, aun siendo cierto que es más común que se manifieste en el sexo masculino, puede ser que estemos pasando algo por alto y las cifras no sean tan altas y alarmantes como pensábamos. Ciertamente, el autismo es más probable que se dé en niños, eso no lo vamos a desmentir, pero quizás estamos obviando o subestimando la posibilidad de que las niñas puedan manifestar la enfermedad. Debemos caer en la cuenta de que quizás no son tan pocas como creemos (Attwood y Grandin, 2006; Shefcyk, 2015; Lai et al., 2015; Aggarwal y Angus, 2015; Ruggieri y Arberas, 2016).

Lo fácil ahora es decir, con los estudios epidemiológicos en mano, que la empírica no miente y que la proporción es así. Sin embargo, siempre hemos pensado que el trastorno es propio de los chicos y siempre lo hemos estudiado y tratado como tal, por consiguiente, no sería descabellado decir que nuestros estudios puedan estar sesgados y los datos no sean exactamente esos. Los estudios realizados hasta el

momento contaban con escasa muestra de población autista femenina, por tanto, lo que se conoce del autismo, se conoce por la representación de la muestra autista masculina. Habida cuenta de que el trastorno lo manifiestan de forma diferente, si las herramientas y servicios de diagnóstico están diseñados conforme los estudios y muestras poblacionales con las que contábamos hasta ahora, es evidente y lamentable saber que nuestras chicas autistas difícilmente serán detectadas (Shefcyk, 2015; Lai et al., 2015; Nguyen y Ronald, 2014; Cridland et al., 2014; Hiller et al., 2014; Hsiao et al., 2013).

Si a ello le sumamos que los sistemas socio-culturales que rigen muchas de nuestras sociedades, incluida la nuestra, poseen ciertas expectativas de género sobre cómo será o debería ser el comportamiento de un individuo en la sociedad, difícilmente nos plantearemos ese diagnóstico en una niña. Esto podría subestimar la posibilidad de que las chicas, reconocidas socialmente como personas empáticas y comunicativas, puedan tener un trastorno como el autismo. En otras palabras, si entendemos el autismo como un comportamiento extremadamente masculinizado es normal caer en este error (Lai et al., 2015; Shefcyk, 2015; Hsiao et al., 2013; Attwood y Grandin, 2006).

Por añadidura, sabemos que las chicas son diagnosticadas, por lo general, más tardíamente que los chicos. ¿Por qué sucede esto? Por algo que se reitera desde apartados anteriores, la capacidad de las chicas con autismo para enmascarar su sintomatología autista desarrollando estrategias y habilidades sociales compensatorias. Esto puede tener como resultado un comportamiento social más o menos adaptado en un principio. En las chicas con autismo, además, predomina la internalización de la sintomatología lo que significa que su sintomatología no es tan evidente como en los chicos. Debemos tener en cuenta también que el autismo es un trastorno en el que, como muchos otros, presenta elevada comorbilidad con otro tipo de trastornos, lo que dificulta más aún su correcta detección. Es fácil, por ende, que durante los primeros años una chica con autismo pase desapercibida sin llamar la atención de su familia, profesores o incluso del ojo clínico de profesionales (Attwood y Grandin, 2006; Shefcyk, 2015; Hiller et al., 2014; Cridland et al., 2014; Nguyen y Ronald, 2015; Aggarwal y Angus, 2015; Ruggieri y Arberas, 2016).

¿Cuándo detectamos que esa chica que aparentemente antes no tenía ningún problema, tiene en realidad un TEA? En una etapa tan compleja como la adolescencia (Shefcyk, 2015; Lai et al., 2015; Hsiao et al., 2013; Ruggieri y Arberas, 2016; Aggarwal y Angus, 2015). Es entonces cuando las habilidades compensatorias que antes enmascaraban su ineptitud social empiezan a ser insuficientes. Las relaciones entre chicas adolescentes se tornan cada vez más

socialmente complejas y emocionalmente exigentes. Las interacciones entre chicas adolescentes empiezan, en general, a involucrar emociones y sentimientos complejos, mayor contacto físico, más comunicación no verbal, conversaciones en las que se comparten intimidades y experiencias, etc. Además, es en la adolescencia cuando se espera de las chicas mayor inclinación social y no tanta inmadurez e infantilismo que puede presentar una niña con TEA (Shefcyk, 2015; Ruggieri y Arberas, 2016). Contrariamente, las relaciones entre chicos adolescentes son socialmente menos sofisticadas y se basan más en el hacer que en el hablar y compartir. Es frecuente que dos chicos queden en casa para jugar a la pelota o para probar la nueva videoconsola de uno. En esos momentos, su interacción se basa en hacer esas actividades, la conversación y el compartir que se derivan de ello son prácticamente nulos. Por ello, es muy frecuente que las chicas con autismo prefieran amistades masculinas que femeninas (Shefcyk, 2015; Cridland et al., 2014).

Las experiencias de las chicas con autismo son totalmente diferentes a la de los chicos, pues encaran esta difícil etapa con diferentes desafíos. En los grupos sociales femeninos es frecuente, en estas edades, que se empiecen a interesar por la moda y la estética a la hora de vestir y en las relaciones sentimentales con los chicos. Estos campos de interés no se encuentran en las chicas con autismo y es cuando, en general, las reconocemos como socialmente inmaduras respecto al resto de chicas de su edad que ya se preocupan por estos temas. En la ropa buscan practicidad y comodidad, no estética. Les cuesta comprender los aspectos sociales de la moda y que esta pueda servir de algún modo para retratar su feminidad. No entienden de hecho, que muchas chicas a esas edades busquen ser atractivas y gustar físicamente a través de su ropa o del maquillaje, ni comprenden el concepto de “ropa para salir” o “ropa para estar por casa”. Tampoco hay ningún interés por una relación sentimental con un chico, confundiendo el concepto de romanticismo en una relación, habiendo posibles malentendidos sobre los límites personales y confusiones en el comportamiento típico de los adolescentes como el flirteo (Cridland et al., 2014; Attwood y Grandin, 2006).

En la pubertad, además, empieza la menstruación en las mujeres. Las chicas con autismo, no es que no entiendan tal proceso biológico, sino que, en general, no entienden cómo gestionarlo de forma íntima y sutil. Les costaría entender que es algo que podría generar cierta aversión si se expusiese socialmente (Attwood y Grandin, 2006; Cridland et al., 2014). Es también frecuente que se les tenga que insistir en otros factores higiénicos como el ducharse diariamente, lavarse el pelo o usar desodorante, cuando es algo con lo que el resto de las chicas no tienen problemas. Si bien la adolescencia se define por una etapa en la que el individuo

suele buscar su independencia y autonomía respecto a sus padres, y en la que estos han de dar el espacio y distanciamiento necesario al adolescente, en el caso de los niños y niñas con autismo es precisamente en la época que los padres deberán estar aún más pendientes de ellos (Cridland et al., 2014). Es curioso saber que las madres con Asperger suelen ser más cálidas y estar más interesadas por los pensamientos y emociones de sus hijos que los padres con Asperger (Attwood y Grandin, 2006).

En lo concerniente al sexo, como se ha mencionado con anterioridad, no están interesadas en este tema. De hecho suelen presentarse algo inocentes respecto a lo relacionado con el sexo, de ahí la preocupación de muchos padres de niñas autistas por la vulnerabilidad a ser abusadas sexualmente o engañadas con facilidad. Por otro lado, los pacientes autistas de sexo masculino deberían tener herramientas y estrategias para entender y controlar este impulso sexual que empieza a ser notorio. También podrían ser víctimas potenciales del abuso sexual (Attwood y Grandin, 2006; Cridland et al., 2014).

Resulta evidente que la obtención del diagnóstico tardío tiene un impacto negativo sobre el paciente: mayor prejuicio social y falta de estimulación y entrenamiento indicados para sus impedimentos durante mucho tiempo. Las chicas autistas, incomprendidas durante mucho tiempo por familiares, compañeros, profesores e incluso profesionales de la salud mental, no sólo entran demasiado tarde en la necesaria intervención de su trastorno sino que además, esta intervención no está ni siquiera especialmente diseñada para ellas. Es irónico escuchar que las chicas con autismo tienen peor pronóstico que sus iguales masculinos, al no responder tan positivamente como ellos al tratamiento, cuando precisamente los servicios de tratamiento de autismo están normalmente diseñados y focalizados en las estereotipias que caracterizan al autismo masculino (Shefcyk, 2015; Aggarwal y Angus, 2015).

Otro problema con el que enfrentarse, es que cuando las chicas con autismo por fin reciben su diagnóstico y empiezan su tratamiento, se encuentran con que las terapias grupales que frecuentemente se hacen en estos casos están, como era de esperar, predominantemente compuestas por chicos con autismo. Si sabemos que los chicos con autismo tienen una forma de hablar, expresar y entonar su discursos diferente a la de las chicas autistas nos encontramos con el problema de que las chicas con autismo no tienen ningún modelo femenino con el que practicar y mejorar su comunicación. Sería, por tanto, muy beneficioso para las chicas con TEA que tuviesen mayor representación femenina en sus grupos de terapia (Attwood y Grandin, 2006).

3.3. Neurobiología del autismo

Anteriormente expusimos y estudiamos las diferencias cognitivas y comportamentales evidentes entre cada perfil de género/sexo autista aunque, para finalizar el capítulo sería interesante focalizarnos ahora en las diferencias enmarcadas en lo meramente biológico, donde podemos encontrar, gracias a la investigación y desarrollo actual, muchos otros discernimientos.

Pues bien, un campo de estudio de diferencias de género/sexo autistas en el que también se ha profundizado e investigado requiere una mirada hacia atrás, a las etapas más iniciales, etapas de maduración cerebral. Se han podido observar ciertas diferencias en lo concerniente a las trayectorias de crecimiento y a algunos factores genéticos (Lai et al., 2015; Lai et al., 2013). En exponer dichas diferencias será precisamente en lo que consistirá el siguiente apartado.

En lo concerniente a la maduración cerebral, se ha demostrado que el autismo, como trastorno del neurodesarrollo, presenta una excesivamente temprana maduración cerebral. Ahora bien, ¿Dónde vemos la diferencia en este aspecto? Precisamente en que ese crecimiento cerebral excesivamente temprano parece tener diferencias entre niños y niñas autistas. Algunos estudios muestran que las niñas autistas tienen, en comparación con los niños autistas, un crecimiento y madurez cerebral aún más temprano y rápido (Lai et al., 2013; Lai et al., 2015). Esto podría explicar el hecho de que las niñas autistas tienen un cerebelo de un tamaño significativamente menor que el de los niños autistas y los grupos de control (Lai et al., 2015).

Lo curioso, además, es que esas diferencias en el crecimiento también se extrapolan al crecimiento físico, donde observamos que, en contraste con sus iguales autistas de sexo femenino, existe un más pronto crecimiento físico en los niños autistas. Encontramos discrepancias también tanto en la altura como en el peso corporal. Mientras que las niñas con autismo tienen una altura y peso similar a los grupos de control, los niños con autismo muestran un crecimiento excesivo y altura y peso mayores. Otro dato a resaltar es que, si comparamos nuestros pacientes autistas masculinos con los grupos de control observamos que hay trayectorias similares de crecimiento en circunferencia de la cabeza, sin embargo, no ocurre lo mismo con las niñas con autismo, que muestran un crecimiento de la circunferencia de su cabeza más reducido (Lai et al., 2015).

Siguiendo a Lai y sus colaboradores (2015), hay suficiente validación científica para asegurar que existen diferencias entre hombres y mujeres autistas en cuanto a las características neuroanatómicas más asociadas con el autismo. Esto se observa

también en la diferente activación neuronal en los sujetos autistas mientras estos realizaban actividades cognitivas.

Podemos encontrar en un estudio que contaba con gran muestra empírica autista¹⁴, en ambos sexos, diferencias en cuanto a la cantidad de materia blanca y materia gris cerebral y en el tamaño cerebral que probablemente reciban su explicación con las trayectorias y velocidades de crecimiento explicadas hace poco. Pues bien, se evidenció en este estudio que las pacientes autistas tenían menor volumen cerebral (cm^3) que los grupos control masculinos y femeninos y que sus iguales masculinos autistas. El grupo de pacientes autistas femeninas tenían, además, menor cantidad (cm^3) de materia blanca y materia gris cerebral. Eran muchas las diferencias entre sexos en cuanto al tamaño de diferentes estructuras neuroanatómicas aunque, al no ser contenido esencial de nuestro objeto de estudio y por no excedernos en la extensión del trabajo, no nos detendremos a explicar (Lai et al., 2013).

En cuanto a los neurotransmisores, importante mencionarlos cuando hablamos de trastornos mentales, se han encontrado algunas diferencias a comentar. Concretamente, la serotonina (5-HT), que es uno de los neurotransmisores implicados en la maduración cerebral, se ha relacionado con el autismo. Este neurotransmisor se encuentra particularmente disminuido durante los primeros cinco años del neurodesarrollo en los autistas y se relaciona con las anomalías neuroanatómicas autistas. Lo interesante es ver que en los hombres hay menor capacidad de síntesis de serotonina respecto a las mujeres, sin embargo sucede que, curiosamente, no existen diferencias en cuanto a la fabricación de serotonina en autistas de sexo masculino y los de sexo femenino (Artigas, 2000).

¿Por qué decimos interesante? Porque esto apoyaría la teoría del cerebro masculino de Baron-Cohen para entender el autismo. Si entendemos que en el autismo hay una disminución de síntesis de serotonina en los primeros cinco años y sabemos que esta disminución de síntesis serotoninérgica es más propia del cerebro masculino que del femenino, al no haber diferencias en la síntesis de serotonina entre autistas sabemos que, por esta igual disminución de la síntesis de este neurotransmisor, el cerebro autista de la mujer se asemeja al del hombre. Lo lógico hubiese sido encontrar en el cerebro autista de la mujer mayor síntesis de serotonina respecto a sus iguales autistas masculinos pero al ser este cerebro, un cerebro autista, es igual al del hombre autista (en cuanto síntesis de serotonina). En otras palabras, según esto el cerebro autista de la mujer se asemeja más al de sus iguales masculinos autistas y al de los hombres neurotípicos que al de las mujeres

¹⁴ Cabe decirse que la muestra del estudio mencionado era de población autista adulta.

neurotípicas. Esta similitud en el cerebro autista del hombre y la mujer facilitaría el tratamiento pues sabemos que los dos responderían por igual a un tratamiento psicofarmacológico precoz por inhibidores de la recaptación de serotonina (Artigas, 2000).

A nivel endocrino también se reportan algunos hallazgos importantes a nuestro entender, pues se sabe que los niveles de testosterona prenatal predicen características cognitivo-conductuales relacionadas con el autismo. Pero ¿Qué es aquello que llama nuestra atención en este aspecto? La propensión de las mujeres a tener anormalidades hormonales y masculinización de la morfología cerebral (Lai et al., 2013; Lai et al., 2015). Ello implica que aquellos aspectos hormonales que guardan relación con el autismo podrían tener mayor impacto en las mujeres (Lai et al., 2015). Ciertamente, estas diferencias hormonales no acaban aquí, pues se conoce que las diferencias en los comportamientos repetitivos explicadas en el apartado anterior, pueden estar ligadas a las variaciones de hormonas como la oxitocina y la vasopresina. Esto se sabe, pues se ha llegado a probar científicamente, que las infusiones de oxitocina pueden reducir estos comportamientos en hombres adultos con TEA (Solomon et al., 2012).

Lo interesante ahora es ver que todo esto tiene su explicación, su porqué. Hay que buscar quién es el responsable de estas diferencias y de muchas más, y creemos que los genes, dictadores de toda nuestra expresión fenotípica, tienen mucho que decir. Es curioso ver cómo hasta los detalles más pequeños, microscópicos en este caso, pueden tener tal repercusión y generar tantas diferencias entre nosotros.

Se conoce que son muchos los factores genéticos involucrados en el desarrollo de la patología del autismo. Pues bien, se sabe además que la carga genética necesaria para desarrollar autismo es mayor en niñas que en niños. En otras palabras, para ser autista una niña requiere mayor cantidad de aquellos genes responsables de tal enfermedad que los que necesita un niño para serlo. En lo que a la genética se refiere, por tanto, es más fácil que un niño sea autista que lo sea una niña (Shefcyk, 2015; Ruggieri y Arberas, 2016; Lai et al., 2015).

Por ello, también deducimos que, si para que una niña desarrolle autismo se necesita más carga genética, lo lógico sería pensar que los familiares de pacientes autistas femeninos tienen mayor carga genética y rasgos autistas que aquellos familiares de pacientes autistas masculinos. En otras palabras, es más frecuente encontrar antecedentes familiares de autismo en familiares de niñas autistas que en familiares de niños autistas. El hecho de que, genéticamente hablando, es más probable que un niño sea autista en comparación con una niña, facilita la

comprensión de que haya mayor población autista de sexo masculino (Lai et al., 2015; Hiller et al., 2014).

Lo curioso es que los pacientes autistas femeninos no sólo se diferencian cuantitativamente (mayor cantidad de genética autista) sino que también lo hacen de forma cualitativa. Un hallazgo de gran relevancia científica explica que en el ADN de pacientes autistas femeninos, existen mayor número de mutaciones genéticas que en el de los pacientes autistas masculinos (Lai et al., 2015; Ruggieri y Arberas, 2016).

Pero no hablamos de simples sustituciones de bases sino de deleciones, inversiones, inserciones, translocaciones y duplicaciones de la secuencias de ADN. Especialmente, nos encontramos en los ADN de pacientes autistas femenino, numerosas microduplicaciones de bases respecto a los pacientes autistas masculinos. Todo esto, podría tener correlación con el dato de que las pacientes autistas son más propensas a desarrollar problemas neurológicos comórbidos, aunque afirmar esto no cuenta con respaldo científico por ahora. No obstante, es interesante comentar dichas diferencias puesto que estas también se encuentran en otros trastornos del neurodesarrollo (Lai et al., 2015).

En esta misma línea, otro dato peculiar a nivel genético es que la microdelección en un gen autosómico llamado SHANK1 (gen de riesgo para el desarrollo de autismo leve en hombres) en mujeres curiosamente se asocia a un aumento de la ansiedad (Lai et al., 2015; Ruggieri y Arberas, 2016). La genética, un mundo tan pequeño que dice tanto, no deja de sorprendernos.

4. Estudio de caso

Los objetivos para este estudio de caso se centran en verificar si realmente existe un infradiagnóstico de este trastorno en el sexo femenino y, si son evidentes o no, las diferencias de género que recoge la literatura recopilada hasta el momento.

4.1. Participantes

Para ello, se seleccionaron de entre una población de 15 pacientes diagnosticados de autismo, dos de ellos que, por el perfil que cumplían, eran candidatos idóneos para este estudio de caso. Ambos menores, presentan una edad aproximada que se enmarcaba en la adolescencia, un coeficiente intelectual (CI) similar y ninguno de ellos contaba con antecedentes patológicos relevantes. Uno de ellos era de sexo masculino y el otro de sexo femenino con el fin de poder hacer la comparación. Ambos recibían pautas semejantes de tratamiento psicofarmacológico (Concerta) y eran tratados en el mismo Centro de Salud Mental Infantil-Juvenil (CSMIJ). El centro es un servicio de atención psicológica privado ubicado en la zona del Bages, provincia de Barcelona (España).

Se realizó una entrevista semiestructurada a los respectivos padres de los pacientes descritos, para recabar toda aquella información que respondiese a los objetivos planteados. Para facilitar un clima cómodo y reservado que facilitara la respuesta abierta y transparente, las entrevistas se hicieron en un despacho del mismo centro que acuden a menudo las familias. La entrevista fue creada a partir de unas variables, que más adelante se presentarán. Se buscó especialmente que ambas familias tuviesen, además, características sociodemográficas parecidas con tal de influir lo más mínimo en las variables a medir. Cada familia firmó el consentimiento informado conforme nos autorizaba para la realización de la entrevista y la utilización de los datos obtenidos por la misma con el fin de elaborar esta parte del estudio. Fueron conscientes, en todo momento, de que estos datos se mantendrían en estricta confidencialidad. Tanto el consentimiento informado como la misma entrevista se anexan al final del trabajo.

Se contó, además, con información facilitada por el centro sobre la historia clínica de los pacientes y datos psicométricos relevantes para el estudio.

4.2. Método

A continuación se expondrán cada una de las variables que han dado pie a la elaboración de la entrevista utilizada para el estudio. Se explicará, además, cómo se ha estructurado la entrevista correlacionando cada pregunta con la variable o variables que se pretende medir.

La entrevista se divide en cuatro secciones, a saber: datos personales, interacción social y funcionamiento en colegio, sintomatología general y, una última, sintomatología específica TEA. En la Tabla 2 se exponen las variables por orden de relevancia y contraste empírico.

Tabla 2: Variables entrevista

Variable	Investigaciones que la contrastan
V ₁ : Las chicas con autismo presentan menos patrones repetitivos e intereses restringidos en comparación a sus iguales masculinos	Lai et al., 2015; Solomon et al., 2012; Shefcyk, 2015; Hiller et al., 2014; Nguyen y Ronald, 2014; Hsiao et al., 2013; Attwood y Grandin, 2006; Ruggieri y Arberas, 2016
V ₂ : Los intereses restringidos de los pacientes autistas de sexo femenino son diferentes a los que tienen los pacientes autistas de sexo masculino	Lai et al., 2015; Solomon et al., 2012; Shefcyk, 2015; Hiller et al., 2014; Nguyen y Ronald, 2014; Hsiao et al., 2013; Attwood y Grandin, 2006; Ruggieri y Arberas, 2016
V ₃ : La edad de diagnóstico es más tardía en chicas con autismo que en chicos, se detecta con más facilidad y prontitud en chicos	Attwood y Grandin, 2006; Shefcyk, 2015; Hiller et al., 2014; Cridland et al., 2014; Nguyen y Ronald, 2015; Aggarwal y Angus, 2015; Ruggieri y Arberas, 2016
V ₄ : Mayor capacidad de camuflar las deficiencias en habilidades sociales	Lai et al., 2015; Cridland et al., 2014; Hiller et al., 2014; Hsiao et al., 2013; Attwood y Grandin, 2006; Ruggieri y Arberas, 2016; Ruggieri y Arberas, 2016
V ₅ : Los autistas de sexo masculino tienen menos amistades cercanas que los de sexo femenino	Lai et al., 2015; Cridland et al., 2014; Shefcyk, 2015; Hiller et al., 2014; Hsiao et al., 2013; Attwood y Grandin, 2006
V ₆ : Los autistas de sexo femenino tienen menos problemas en entablar amistades pero las mismas dificultades que sus iguales masculinos en mantenerlas	Lai et al., 2015; Cridland et al., 2014; Shefcyk, 2015; Hiller et al., 2014; Hsiao et al., 2013; Attwood y Grandin, 2006
V ₇ : Las chicas con autismo tienen menos problemas de comportamiento que los chicos con autismo	Cridland et al., 2014; Hiller et al., 2014; Hsiao et al., 2013; Attwood y Grandin, 2006; Ruggieri y Arberas, 2016
V ₈ : Las chicas con autismo presentan un juego más imaginativo y creativo que sus iguales masculinos y es, por tanto, más frecuente en chicas con autismo la creación de amigos imaginarios	Attwood y Grandin, 2006; Lai et al., 2015; Solomon et al., 2012; Shefcyk, 2015; Ruggieri y Arberas, 2016

V ₉ : Los chicos con autismo manifiestan más agresividad física para expresar su frustración y una actitud más negativa en lo referente al colegio	Lai et al., 2015; Shefcyk, 2015; Hiller et al., 2014; Hsiao et al., 2013
V ₁₀ : Hay más internalización de la sintomatología en chicas autistas que en chicos autistas	Lai et al., 2015; Solomon et al., 2012; Hiller et al., 2014; Nguyen y Ronald, 2014
V ₁₁ : Las chicas con autismo afrontan mucha marginación y problemas sociales durante la adolescencia	Cridland et al., 2014; Attwood y Grandin, 2006; Shefcyk, 2015
V ₁₂ : Mayor conciencia de necesidad de interacción social en mujeres autistas	Lai et al., 2015; Hsiao et al., 2013; Ruggieri y Arberas, 2016
V ₁₃ : Los pacientes autistas femeninos tienen más problemas alimentarios mientras que los chicos suelen tener más problemas de inatención e hiperactividad	Lai et al., 2015; Nguyen y Ronald, 2014
V ₁₄ : Las chicas autistas tienen problemas para manejar el conflicto como lo hacen sus iguales neurotípicos mientras que los chicos lo hacen igual que sus iguales neurotípicos	Cridland et al., 2014; Solomon et al., 2012
V ₁₅ : Los chicos con autismo tienen peores habilidades lingüísticas y de comunicación que las chicas con autismo	Lai et al., 2015; Ruggieri y Arberas, 2016
V ₁₆ : El diagnóstico previo más común en chicos con autismo es el de trastorno de conducta o TDAH mientras que el de las chicas es el de inatención o trastorno de ansiedad	Hiller et al., 2014

Fuente: tabla de elaboración propia

Además de estas variables expuestas, que serán respondidas por las preguntas realizadas en la entrevista, habrá otras variables que se responderán, como se ha dicho anteriormente, gracias a la información aportada por el centro sobre la historia clínica y datos psicométricos de los pacientes seleccionados. Estas variables son las siguientes:

-En la prueba de cubos del test WISC, son los autistas de sexo masculino los que obtienen mejores resultados que los autistas de sexo femenino (Nguyen y Ronald, 2014; Lai et al., 2015).

-En el test WISC, las chicas autistas obtienen mejores resultados en velocidad de procesamiento, codificación y búsqueda de símbolos que los autistas masculinos (Nguyen y Ronald, 2014; Lai et al., 2015).

En lo que procedemos ahora será explicar de qué modo nuestra entrevista dará respuesta a las diferentes variables a medir que se acaban de exponer. Cada una de las preguntas que componen la entrevista se diseñó para medir una o más variables. En la tabla 3 se relaciona cada pregunta de la entrevista con la variable o variables que mide.

Tabla 3: relación de las preguntas de la entrevista con las variables que miden

Pregunta de entrevista	Sección	Nº variable
¿A qué edad recibió su hijo/a el diagnóstico de TEA?	Datos personales	V ₃
¿Su hijo/a se interesaba por relacionarse con los compañeros (en el colegio u otras actividades extraescolares)?	Interacción social y funcionamiento en colegio	V ₁₂
¿Cuando observan a su hijo/a en su interacción con otros, se percatan de que su forma de hablar y de moverse es propia o creen que es copiada de algún referente que tenga la niño/a? (adultos, psicóloga, profesor, personaje de dibujos o de la televisión)	Interacción social y funcionamiento en colegio	V ₄
¿Han notado que, para poder relacionarse con los demás, imita formas de actuar de otros?	Interacción social y funcionamiento en colegio	V ₄
¿Con cuantas amistades cuenta su hijo/a? ¿Suele tener problemas para mantener sus amistades?	Interacción social y funcionamiento en colegio	V ₅ V ₆
Cuando hay algún problema o conflicto con algún compañero suyo ¿Cómo maneja la situación o resuelve el conflicto? Describan por favor, cómo creen o han visto que gestiona estos conflictos (a nivel de agresión verbal o física, rehuir el conflicto, baja asertividad)	Interacción social y funcionamiento en colegio	V ₇ V ₁₄
¿Frecuentemente recibe quejas o comentarios del profesor respecto a un comportamiento disruptivo o inadecuado de su hijo/a en clase? ¿Podría describir alguna situación?	Interacción social y funcionamiento en colegio	V ₇ V ₉

¿Se ha encontrado alguna vez situaciones conflictivas en casa con su hijo, (frustraciones que le hayan llevado a comportamientos agresivos, romper cosas, portazos, insultos...)?	Interacción social y funcionamiento en colegio	V ₇ V ₉
¿Qué dificultades creen que ha tenido que afrontar su hijo en esta etapa de la adolescencia? Por favor, especifiquen las dificultades (Tema bullying, marginación, menstruación, ir a la moda...)	Interacción social y funcionamiento en colegio	V ₁₁
¿Ha notado que su hijo/a muestra con frecuencia dolores de barriga, de cabeza, ansiedad, tristeza...? Por favor, especifique cuáles.	Sintomatología general	V ₁₀
¿Tiene su hijo/a algún diagnóstico diferente al actual, comórbido o previo?	Sintomatología general	V ₁₃ V ₁₆
¿Cuando observan el juego de su hijo/a, observan creatividad, imaginación? ¿Sabes si su hijo/a ha tenido alguna vez algún amigo imaginario o inventado por él/ella?	Sintomatología específica TEA	V ₈
¿Creen que su hijo/a utiliza un lenguaje adecuado (el tono de voz es adecuado, el discurso es fluido, las preguntas son adecuadas, tienen en cuenta al oyente en la conversación...)?	Sintomatología específica TEA	V ₁₅
¿Tiene su hijo/a problemas de alimentación (manías con las comidas, olores o colores, es muy restrictivo o selectivo a la hora de comer)?	Sintomatología específica TEA	V ₁₃
¿A lo largo de la vida de su hijo/a, ha tenido juegos muy repetidos, una forma de funcionar muy rutinaria y repetitiva con siempre los mismos patrones a repetir?	Sintomatología específica TEA	V ₁
¿Se ha interesado por algunos temas específicos, incluso dejando de lado el resto, profundizando excesivamente en su aprendizaje?	Sintomatología específica TEA	V ₁
¿Podría decirme concretamente cuáles fueron esos temas que despiertan tanto interés en su hijo/a?	Sintomatología específica TEA	V ₂

Fuente: tabla de elaboración propia

4.3. Resultados

Tras la realización de ambas entrevistas se recogieron los resultados (tabla 4) para posteriormente realizar un análisis e interpretación de los mismos. En cuanto a las variables que no se respondían por la entrevista sino por la información facilitada por el centro también se expondrán más adelante los resultados.

En la siguiente tabla se recogen las respuestas de ambas familias a las preguntas realizadas en la entrevista. Para mantener la confidencialidad de los datos aportados por la familia, en el trabajo las presentaremos como familia 1 y familia 2 en referencia al orden cronológico en la pasación de la entrevista. La familia 1 se refiere a la familia del paciente autista masculino mientras que la familia 2 representa a la familia de la paciente autista de sexo femenino.

Tabla 4: respuestas de cada familia ante cada pregunta de la entrevista

Pregunta entrevista	Respuesta familia 1	Respuesta familia 2
¿A qué edad recibió su hijo/a el diagnóstico de TEA?	“Mi hijo recibió el diagnóstico a los 6 años. No fue difícil obtenerlo, estaba bastante claro. Actualmente tiene 15 años.”	“Ella recibió el diagnóstico a los 10 años. Ahora tiene 12 años.”
¿Su hijo/a se interesaba por relacionarse con los compañeros? (en el colegio u otras actividades extraescolares)	“La verdad, yo no supe de esta necesidad hasta hace poco que sí me dijo que le gustaría relacionarse, aunque se sentía incapaz de saber cómo hacerlo.”	“Sí, sí que se interesaba por relacionarse con sus compañeros pero lo hacía muy mal y la cosa siempre acababa en conflicto.”
¿Cuando observan a su hijo/a en su interacción con otros, se percatan de que su forma de hablar y de moverse es propia o creen que es copiada de algún referente que tenga la niño/a? (adultos, psicóloga, profesor, personaje de dibujos o de la televisión)	“Al principio no lo hacía pero cerca de los 7 años empezó. Sobretudo cuando se ponía nervioso imitaba formas para relajarse que había visto por la tele. Imita alguna voz y forma de hablar de personajes de un programa de televisión llamado Aída.”	Desde bien pequeña que lo hace y además se nota muchísimo. Siempre adopta la personalidad de otros. De pequeña por ejemplo lo hacía con la mía (mi forma de hablar, de enfadarme) y ahora que es más mayor copia mucho a la psicóloga que la lleva y a su tutora del colegio.”
¿Han notado que, para poder relacionarse con los demás, imita formas de actuar de otros?	“Sí, alguna vez y desde hace poco que lo hace.”	“Sí, para relacionarse con los demás copia mucho cómo lo hacen el resto.”

<p>¿Con cuantas amistades cuenta su hijo/a? ¿Suele tener problemas para mantener sus amistades?</p>	<p>“Contados dos amigos, vaya que podríamos decir que son sus amigos. Se llaman Silvia y Jaime. Son de este año, no lleva mucho siendo su amigo pero últimamente dice que chatea con ellos, como puedes ver no le gusta mucho el contacto cara a cara. No es que tenga problemas para mantener sus amistades sino que el resto tienen problemas para entender que a él le cuesta comprender todo lo que se necesita para mantenerlas. También es verdad que mi hijo prefiere tener más amigas que amigos, supongo porque saben tratarlo y toleran mejor su comportamiento y sus reacciones.”</p>	<p>“Ahora mismo no tiene amigos. Ella se obsesiona con los niños que tienen problemas o con más débiles. Cree que ella es su - salvadora-. Puede estar obsesionada años con alguien.”</p>
<p>Cuando hay algún problema o conflicto con algún compañero suyo ¿Cómo maneja la situación o resuelve el conflicto? Describan por favor, cómo creen o han visto que gestiona estos conflictos (a nivel de agresión verbal o física, rehuir el conflicto, baja asertividad)</p>	<p>“La verdad es que cada vez los resuelve mejor pero recuerdo que ha tenido muchísimos problemas porque se ponía muy agresivo. Todos nos llevamos un mal recuerdo de su infancia, él sobre todo. Le insultaban y se reían de él y claro, él reaccionaba con agresividad tanto verbal (incluso les gruñía) cómo física. Lo peor es que él no sabe la capacidad de hacer daño que puede llegar a tener. Recuerdo una vez que vi que unos compañeros suyos se reían haciéndole fotos y grabándole con sus teléfonos. Ante esto el reaccionó insultándoles, pegándoles y quitándoles sus teléfonos a la fuerza para romperlos.”</p>	<p>“Antes sí tenía conflictos, se vengaba de ellos y les cogía las cosas de la mochila y se las escondía o les escribía notas amenazándoles. Hace unos años imita a la psicóloga y resuelve los conflictos hablando con ellos, haciendo debates en el colegio.”</p>
<p>¿Frecuentemente recibe quejas o comentarios del profesor respecto a un comportamiento disruptivo o inadecuado de su hijo/a en clase? ¿Podría describir alguna situación?</p>	<p>“Pues el año pasado recuerdo muchas quejas por parte del profesor continuamente llamando por las reacciones y agresiones de mi hijo en clase. Aunque la verdad es que actualmente está aprendiendo a controlar su frustración y ya no recibo tantas quejas del profesor. Debo decir</p>	<p>“Ahora no recibo ninguna queja. Hace unos años todos los días. El profesor se quejaba de que mi hija pues se dedicaba a robar cosas de sus mochilas, esconderles los bocadillos a los compañeros y les escribía notas amenazándoles. Además, antes decía muchas</p>

	que mi hijo, de no haber sido tratado aquí, no hubiese aprendido a gestionar sus conflictos y su comportamiento hubiese seguido igual o incluso peor que el que tenía.”	mentiras y ahora menos.”
¿Se ha encontrado alguna vez situaciones conflictivas en casa con su hijo, (frustraciones que le hayan llevado a comportamientos agresivos, romper cosas, portazos, insultos...)?	“Nunca, en casa nunca. Si se le riñe se pone muy nervioso pero nunca ha llegado a pegarnos, insultarnos o a romper cosas a causa de su enfado. Aunque cabe decirse que esto es, en gran parte, gracias a que está tratado y aquí se le enseñan muchas estrategias para gestionar conflictos y frustración para el autocontrol. Si sabe que ha hecho algo mal o algo le sienta mal lo manifiesta por escrito para que lo leas. Así le es más fácil expresarte su enfado.”	“Conmigo no tiene conflictos pero sí que tiene con su padre. Le ha llegado a decir que es un mal padre y se enfada mucho con él. A veces ha roto alguna cosa o se ha puesto agresiva pero rara vez la verdad.”
¿Qué dificultades creen que ha tenido que afrontar su hijo en esta etapa de la adolescencia? Por favor, especifiquen las dificultades. (Tema bullying, marginación, menstruación, ir a la moda...)	“Siempre ha sufrido bullying y siempre lo ha llevado muy mal. Lo han marginado por diferente. Lo peor es que no sabía expresar verbalmente lo que sentía por su aislamiento y eso le ha afectado mucho. Además, ahora con todo el tema de que los chicos de su clase empiezan a estar más con las chicas y a interesarse por ellas para algo más que una amistad él se nota muy diferente. Él dice que va a estar soltero toda su vida que no le gusta el contacto social y no entiende como a los de su clase les pueden gustar estas cosas. Por ir a la moda no tiene en absoluto ningún interés, nada de marcas o comprarse ropa cara de hecho lo divertido es que tampoco entiende por qué decoramos la casa.”	“El bullying es un tema que nos ha preocupado mucho durante muchos años. Ahora creo que el problema que tiene es la menstruación. Ella dice que no acepta tenerla y claro eso supone un problema de higiene. No encara esto como el resto de las chicas. El otro gran problema que me preocupa es el de la sexualidad. Ella es una adolescente y temo que sea algo demasiado complejo para ella. La noto muy desinhibida, sobre todo con algún niño más pequeño y eso me preocupa. También he visto curiosear por internet sobre esto. El tema de la moda no le interesa para nada lo cual hace que se distancie del resto de niñas ahora en la adolescencia.”
¿Ha notado que su hijo/a muestra con frecuencia dolores de barriga, de cabeza, ansiedad, tristeza...? Por favor, especifique cuáles.	“Nada en absoluto, y si lo tiene ni se queja.”	“Ansiedad, mucha ansiedad. Es una chica muy ansiosa y nerviosa. Eso explica que le cueste dormir y lo de sus incesantes dolores de barriga. Además, se queja mucho de esto.”

<p>¿Tiene su hijo/a algún diagnóstico diferente al actual, comórbido o previo?</p>	<p>“No, sólo recibió el diagnóstico actual.”</p>	<p>“Anteriormente se le diagnosticó de TDAH de tipo inatento.”</p>
<p>¿Cuando observan el juego de su hijo/a, observan creatividad, imaginación? ¿Saben si su hijo/a ha tenido alguna vez algún amigo imaginario o inventado por él/ella?</p>	<p>“No, la verdad es que algo de imaginación pero poca, y creatividad mucho menos. Jugaba a montar piezas y a juegos de construcciones, eso le encantaba y ahora está con las maquinitas y videojuegos que no para. También se pasa largas horas en la televisión y le gusta ver los dibujos animados lo cual me sorprende por su edad pero dice que los entiende mejor. De pequeño tuvo un amigo imaginario al que le hablaba, me asustó mucho.”</p>	<p>“Pues de pequeña tuvo varios amigos imaginarios y hablaba mucho con ellos poniéndoles a todos nombres de dibujos animados. Cuando la veía jugar observaba que era una niña muy creativa y tenía bastante imaginación. Le gustaba jugar a crear cosas y dibujar.”</p>
<p>¿Creen que su hijo/a utiliza un lenguaje adecuado (el tono de voz es adecuado, es discurso es fluido, las preguntas son adecuadas, tienen en cuenta al oyente en la conversación...)?</p>	<p>“No, para nada. Haber, va aprendiendo porque ahora sí que respeta los turnos y no interrumpe, entiende mucho más las cosas que se hablan en casa. Pero la verdad es que no entendía que ese interés suyo y la forma en que lo contaba, que era realmente pedante y monótona, pudiese aburrir al otro. Además, lo que le pasa también es que si empieza una frase y se encasquilla vuelve a empezar desde el principio porque quiere decirlo desde la primera palabra bien, sin errores, y claro, se acaba haciendo muy pesado hablar con él, aunque ahora lo está corrigiendo. También es verdad que le habla igual a un niño que a un adulto y tiene un tono de voz que parece que esté enfadado todo el día y si a eso le sumas que a veces contesta algo borde porque suelta comentarios inapropiados o fuera de lugar se hace muy difícil que le vuelvan a hablar. También le pasa que cuando le están hablando sobre algo que no tiene interés o no</p>	<p>“Yo diría que no, habla siempre en susurros y a veces no se entiende muy bien lo que dice. Le da muchas vueltas a lo que quiere decir y a veces cuesta comprenderla. Cuando es un tema de su interés no calla. Tiene un vocabulario muy alto, podría explicarte todo lo que sabe de ese tema y a veces no se da cuenta que sus temas son algo aburridos.”</p>

	entiende se va sin decir nada.”	
¿Tiene su hijo/a problemas de alimentación (manías con las comidas, olores o colores, es muy restrictivo o selectivo a la hora de comer)?	“No, come bien y mucho. De hecho tienes que controlarlo. Le gusta comer mucho sin tener en cuenta que los demás se puedan quedar sin comer. A veces pasa que ya no queda comida para el resto porque se lo ha comido toda él. No entiendas que mi hijo es un egoísta pero ya te puedes imaginar lo que le cuesta ponerse en el lugar de los demás, pensando que eso les puede molestar. En fin, no es nada selectivo ni restrictivo, de lo que hay se come y si le gusta más.”	“Tiene muchos problemas. No come nada bien, no le gusta casi nada y es muy selectiva. Siempre es -no me gusta- o -esto con lo otro no me gusta-. Es imposible que ella haga una comida completa, nunca se acaba todo el plato y siempre son malas caras a la hora de comer.”
¿A lo largo de la vida de su hijo/a, ha tenido juegos muy repetidos, una forma de funcionar muy rutinaria y repetitiva con siempre los mismos patrones a repetir?	“Sí, por supuesto. Más de pequeño pero ahora que es mayor sigue. Era curioso porque su hermano tenía un juego de magia que tenía una baraja de cartas y le encantaba hacer trucos de magia pero a él lo que le gustaba no era hacer magia sino ordenar la baraja por colores o números. Es muy ordenado. La verdad es que todos teníamos que lidiar con ese riguroso orden y rutinas, si él se duchaba antes de cenar a tal hora y de tal manera tenía que ser así, si le cambiabas algo se enfurecía. Cualquier cambio de su rutina, aunque suponga algo positivo y aun avisado con antelación, no le gusta ni lo entiende. No soporta los imprevistos, y la vida está llena de imprevistos.”	“Puede ver los mismos dibujos una y otra vez sin cansarse, ya se los sabe de memoria. Le gusta recortar y dibujar, a veces puede hacer el mismo dibujo una y otra vez no entiendo cómo no se aburre. Yo creo que es más bien que le gustan y prefiere las rutinas (y a mi también). Tiene su horario y le gusta cumplirlo día a día. Le gusta que las cosas salgan como a ella le gusta y tiene previsto que salgan. Si se le cambia algo se pone algo nerviosa y me pide que se lo avise antes pero si le aviso del cambio lo acepta sin problemas.”
¿Se ha interesado por algunos temas específicos, incluso dejando de lado el resto, profundizando excesivamente en su aprendizaje?	“Sí, desde pequeño le pasa y siempre con la misma intensidad y profundidad aunque estos temas han ido cambiando a lo largo de su vida pero ocupando gran parte de su tiempo. El resto de cosas pasaban a un segundo plano.”	“Sí, le gustan mucho los temas de la naturaleza y hacer dibujos. Se puede pasar el día entero dibujando muy concentrada. Le encantan y apasionan los animales. Los videojuegos y consolas no le gustan tanto.”

<p>¿Podría decirme concretamente cuáles fueron esos temas que despiertan tanto interés en su hijo/a?</p>	<p>“Pues en un principio, desde bien pequeño, fueron los dinosaurios, lo sabía todo acerca de los dinosaurios. Sorprendía lo pequeño que era y lo mucho que sabía: entendía los nombres científicos de cada dinosaurio, el año en el que vivió, lo que comía, en qué zona del planeta vivía, etc. Algo increíble. Si veía un libro de dinosaurios se lo tenía que comprar. Impresionaba que se llegaba a memorizar al detalle, con comas y todo, la descripción de cada dinosaurio del libro. Ahora lo que le interesa y sabe una barbaridad es de videojuegos y ordenadores, se pasa el día en ese mundo. Otro interés que tiene es sobre la reproducción humana, llegando a memorizar libros enteros, pero sin entenderlos claro.”</p>	<p>“La naturaleza en general le apasiona. Le encantan y sabe mucho de animales y plantas. Adora los paisajes, a veces se queda abstraída, embobada mirando el paisaje por la ventana y más aún si es la naturaleza, no ciudad. Me hace gracia porque ahora dice, además, que le gustaría ser psicóloga. Mira videos de psicólogos para fijarse cómo hablan y cómo interactúan con la gente. Dice que ella va a resolver los problemas emocionales de los demás.”</p>
--	--	--

Fuente: tabla de elaboración propia

Los resultados obtenidos por ambos pacientes en la prueba de evaluación cognitiva WISC-IV son los siguientes:

Tabla 4: Puntuaciones centiles de los dos sujetos

	Sujeto (familia1)	Sujeto (familia2)
Cubos	14	9
Velocidad de procesamiento	10 (Claves) 8 (Búsqueda de símbolos)	9 (Claves) 9 (Búsqueda de símbolos)

Fuente: tabla de elaboración propia

4.4. Conclusiones

Tras transcribir las respectivas respuestas de las familias podemos decir que las siguientes variables se han constatado:

-V₁: Las chicas con autismo presentan menos patrones repetitivos e intereses restringidos en comparación a sus iguales masculinos.

-V₂: Los intereses restringidos de los pacientes autistas de sexo femenino son diferentes a los que tienen los pacientes autistas de sexo masculino.

-V₃: La edad de diagnóstico es más tardía en chicas con autismo que en chicos, se detecta con más facilidad y prontitud en chicos.

-V₄: Mayor capacidad de camuflar las deficiencias en habilidades sociales.

-V₈: Las chicas con autismo presentan un juego más imaginativo y creativo que sus iguales masculinos y es, por tanto, más frecuente en chicas con autismo la creación de amigos imaginarios.

-V₉: Los chicos con autismo manifiestan más agresividad física para expresar su frustración y una actitud más negativa en lo referente al colegio¹⁵.

-V₁₀: Hay más internalización de la sintomatología en chicas autistas que en chicos autistas.

-V₁₁: Las chicas con autismo afrontan elevada marginación y problemas sociales durante la adolescencia.

-V₁₂: Mayor conciencia de necesidad de interacción social en mujeres autistas.

-V₁₅: Los chicos con autismo tienen peores habilidades lingüísticas y de comunicación que las chicas con autismo.

Cabe señalarse que las siguientes variables se cumplieron de forma parcial:

-V₁₃: Los pacientes autistas femeninos tienen más problemas alimentarios mientras que los chicos suelen tener más problemas de inatención e hiperactividad.

-V₁₄: Las chicas autistas tienen problemas para manejar el conflicto como lo hacen sus iguales neurotípicos, mientras que los chicos lo hacen igual que sus iguales neurotípicos.

La primera de ellas, si bien es cierto que la paciente autista de sexo femenino presentaba mayores problemas alimentarios que el otro paciente, este no presentaba problemas de inatención ni hiperactividad. Respecto a la segunda, ciertamente el chico gestionaba los conflictos de una forma más agresiva y abierta, semejante a cómo la haría un chico, sin embargo, la forma de gestionarlos de la niña autista era de una forma más sutil y enmascarada y, por tanto, similar al estilo de reacción ante el conflicto de una niña de su edad.

Por otra parte, hay variables que no se han cumplido:

-V₅: Los autistas de sexo masculino tienen menos amistades cercanas que los de sexo femenino.

¹⁵ Aunque no se habló específicamente en ninguno de los casos de la actitud que tenían los menores frente al colegio. Por ello, esta parte de la variable quedaría sin respuesta.

-V₆: Los autistas de sexo femenino tienen menos problemas en entablar amistades pero las mismas dificultades que sus iguales masculinos en mantenerlas.

-V₇: Las chicas con autismo tienen menos problemas de comportamiento que los chicos con autismo.

-V₁₆: El diagnóstico previo más común en chicos con autismo es el de trastorno de conducta o TDAH mientras que el de las chicas es el de inatención o trastorno de ansiedad.

Por último, comentando los resultados facilitados por el centro en la prueba WISC-IV, hemos podido constatar que los chicos obtienen una puntuación más elevada en cubos, es decir, la coordinación visomotora es mayor en chicos que en chicas. No se ha podido comprobar la superioridad en Velocidad de procesamiento (VP) a favor de las chicas. Tal y como hemos visto en la tabla, la VP, medida por las puntuaciones en los tests Búsqueda de símbolos y Claves del WISC-IV, es prácticamente la misma en los dos sujetos, evidenciándose además enlentecimiento cognitivo en los dos sujetos.

5. Conclusiones TFG. Una mirada reflexiva

Para concluir el trabajo, diríamos que los objetivos planteados al principio del mismo han sido satisfactoriamente alcanzados. Hemos podido observar, gracias a la numerosa empírica que lo demuestra, que hay diferencias de género/sexo considerables entre pacientes autistas.

Hemos sabido que dichas diferencias entre pacientes autistas se centran tanto en sintomatología específica TEA (intensidad y tipología de patrones repetitivos e intereses restringidos, necesidad de interacción social, habilidades lingüísticas y de camuflaje de deficiencias sociales y en adaptación social y escolar) como en sintomatología en general (externalización o internalización de la sintomatología, hiperactividad o inatención y posibilidad de problemas emocionales, alimentarios o trastornos de la conducta). Asimismo, difieren en otros muchos aspectos a nivel neurobiológico y genético ya comentados, que podrían dar pie a estas diferencias.

Somos ahora conscientes de que entendíamos el trastorno de una forma sesgada y que ello repercutía problemáticamente en la vida de nuestras pacientes autistas. Efectivamente, a causa de lo anterior, el trastorno está infradiagnosticado en el sexo femenino dejando a estas pacientes huérfanas de tratamientos e investigación, invisibles y marginadas a ojos de los servicios de salud mental, con las consecuencias que ello conlleva para el pronóstico de estas pacientes.

En cuanto a las limitaciones de este trabajo, cabe señalarse que, aunque el estudio de caso constataba la mayoría de variables a medir, la muestra sobre la que se trabajaba podía no ser representativa y, con seguridad, tampoco suficientemente amplia como para extrapolar resultados a la población autista. Por motivos obvios de tiempo no pudimos ampliar el estudio empírico alcanzando mayor muestra, limitándonos sencillamente a conocer si con tan sólo dos sujetos seleccionados ya se cumplían las diferencias comentadas a lo largo del trabajo. Otra limitación a comentar sería que la entrevista semiestructurada, diseñada especialmente para este estudio, podía sesgar o influir en las respuestas o estas podían ser falsas o manipuladas sin nosotros poder saberlo de ninguna manera. En definitiva, sólo contábamos con la información que se desprendía de las respuestas de las familias sin poder comprobar ni verificar dicha información ya que no se tuvo contacto directo con los pacientes en cuestión. A la suma, comentar que la interpretación cualitativa de los resultados de la entrevista era subjetiva, bajo nuestro criterio y fácilmente influenciable por las expectativas de resultado.

Es preciso señalar además el laborioso trabajo de recopilación de bibliografía sobre el tema pues es una investigación muy reciente y aún pendiente de profundización. Es probable entonces que todavía quede actualizar esta línea de investigación y falte mucho por decir que bien pueda seguir verificando o, por contrario, desmienta lo dicho hasta ahora. No obstante, todo apunta a que lo descubierto en este interesante campo no quedará retractado.

Es, por consiguiente, responsabilidad profesional y obligación moral para nosotros concienciarnos de este importante y tan reciente hallazgo abriendo nuevas vías de investigación en este campo y tomar las medidas oportunas. ¿Qué podríamos hacer en un futuro a partir de lo dicho? Replantear o flexibilizar los criterios diagnósticos del trastorno para que incluyan o contemplen esta nueva versión o alternativa autista femenina, rediseñar los instrumentos de detección para hacerlos más sensibles a los casos de autismo femenino e incluir tratamientos que cubran las diferentes necesidades que presentan nuestras pacientes autistas.

Cómo bien se argumentaba en la parte más introductoria del trabajo, si bien es cierto que somos diferentes en muchos aspectos, somos iguales en dignidad y derechos, por lo que las pacientes autistas femeninas tienen el mismo derecho a beneficiarse de una pronta atención y detección y de un tratamiento adaptado a su trastorno al igual que lo hacen los pacientes autistas.

No contentos con ello, deberíamos contemplar la posibilidad de que este fenómeno ocurra en muchos otros trastornos, como por ejemplo el TDAH, en los que ya podríamos atisbar cuáles serían las diferencias de género/sexo entre pacientes.

Bibliografía

Aggarwal, S., & Angus, B. (2015). Misdiagnosis versus missed diagnosis: diagnosing autism spectrum disorder in adolescents [El diagnóstico erróneo en comparación con el diagnóstico perdido: el diagnóstico del trastorno del espectro autista en los adolescentes]. *Australasian Psychiatry*, 23(2), 120-123.

Recuperado de

<http://apy.sagepub.com/content/early/2015/02/04/1039856214568214.abstract>

Alfageme, I. Á., Verona, J. A. G., López, A., de Paz, F., Sánchez, J. M. R., González, L. R., ... y Maniega, M. A. (2003). Diferencias sexuales en el sistema nervioso humano: una revisión desde el punto de vista psiconeurobiológico. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud. International journal of clinical and health psychology*, 3(2), 351-36

Recuperado de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-76.pdf

Aragón, R. S., Franco, B. E. R., y Chávez, E. C. (2008). Evaluación psicológica del entendimiento emocional: Diferencias y similitudes entre hombres y mujeres. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación/E Avaliação Psicológica*, 26(2), 193-216.

Recuperado de

https://extension.uned.es/archivos_publicos/webex_actividades/5413/evaluacionpsicologicaentendimientoemocional.pdf

Artigas, J. (2000). Aspectos neurocognitivos del síndrome de Asperger. *Revista de Neurología clínica*, 1, 34-44.

Recuperado de

<http://paths-ong.freeiz.com/wordpress/wp-content/uploads/2011/07/aspergerneurocognitivos.pdf>

Attwood, T., & Grandin, T. (2006). *Asperger's and Girls: World-renowned Experts Join Those with Asperger's Syndrome to Resolve Issues that Girls and Women Face Every Day!*. Future Horizons.

Baron-Cohen, S. (2005). *La gran diferencia: Cómo son realmente los cerebros de hombres y mujeres*. Editorial AMAT.

Baron-Cohen, S (2008). *Autismo y síndrome de Asperger*. Alianza Editorial

Cererols, R. (2011). *Descubrir el Asperger*.

Disponible en

https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=ybRYal2qgAAC&oi=fnd&pg=PA1&dq=cererols+2011&ots=a_mvNxpUGH&sig=V5mqgO1S64Q2MuGpADo5GYvrFtw#v=onepage&q&f=false

- Cridland, E. K., Jones, S. C., Caputi, P., & Magee, C. A. (2014). Being a girl in a boys' world: investigating the experiences of girls with autism spectrum disorders during adolescence [Siendo una niña en el mundo de los varones: la investigación de las experiencias de las niñas con trastornos del espectro autista durante la adolescencia]. *Journal of autism and developmental disorders*, 44(6), 1261-1274.
Recuperado de <http://link.springer.com/article/10.1007/s10803-013-1985-6>
- Echavarri, M., Carlos Godoy, J., y Olaz, F. (2007). Diferencias de género en habilidades cognitivas y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, 6(2), 319-329.
Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1657-92672007000200011&script=sci_arttext
- Etchepareborda, M. C. (2001). Perfiles neurocognitivos del espectro autista. *Revista de Neurología Clínica*, 2(1), 175-192.
Recuperado de <http://www.lafun.com.ar/PDF/9-pncog.pdf>
- Fombonne, E. (2003). The prevalence of autism. [La prevalencia del autismo]. *Jama*, 289(1), 87-89.
Recuperado de <https://staging.autismspeaks.org/docs/fombonne.pdf>
- García, G. E. (2003). Neuropsicología y género. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (86), 7-18.
Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352003000200002&script=sci_arttext&lng=pt
- Hiller, R. M., Young, R. L., & Weber, N. (2014). Sex differences in autism spectrum disorder based on DSM-5 criteria: evidence from clinician and teacher reporting [Las diferencias de sexo en trastornos del espectro autista en base a los criterios del DSM-5: Evidencia de informes de médico y maestro]. *Journal of abnormal child psychology*, 42(8), 1381-1393.
Recuperado de <http://link.springer.com/article/10.1007/s10802-014-9881-x>
- Hsiao, M. N., Tseng, W. L., Huang, H. Y., & Gau, S. S. F. (2013). Effects of autistic traits on social and school adjustment in children and adolescents: The moderating roles of age and gender [Efectos de los rasgos autistas en la adaptación social y escolar en niños y adolescentes: Las funciones de moderación de la edad y el género]. *Research in Developmental Disabilities*, 34(1), 254-265.
Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0891422212001989>
- Kimura, D. (1992). Cerebro de varón y cerebro de mujer. *Investigación y ciencia*, (194), 77-84.
Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=223345>

Krahn, T. M., & Fenton, A. (2012). The extreme male brain theory of autism and the potential adverse effects for boys and girls with autism [La teoría del cerebro masculino extremo del autismo y los posibles efectos adversos para niños y niñas con autismo]. *Journal of bioethical inquiry*, 9(1), 93-103.1.

Recuperado de <http://link.springer.com/article/10.1007/s11673-011-9350-y>

Lai, M. C., Lombardo, M. V., Auyeung, B., Chakrabarti, B., & Baron-Cohen, S. (2015). Sex/gender differences and autism: setting the scene for future research [El autismo y las diferencias de Sexo/género: la puesta en escena para la investigación futura]. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(1), 11-24.

Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890856714007254>

Lai, M. C., Lombardo, M. V., Suckling, J., Ruigrok, A. N., Chakrabarti, B., Ecker, C., ... & Baron-Cohen, S. (2013). Biological sex affects the neurobiology of autism [El sexo biológico afecta a la neurobiología del autismo]. *Brain*, 136(9), 2799-2815.

Recuperado de <https://brain.oxfordjournals.org/content/136/9/2799>

Nguyen, C., & Ronald, A. (2014). How do girls with low functioning autism compare to boys with autism and typically developing girls with regard to behavior, cognition, and psychopathology [¿Cómo son las niñas con autismo de bajo funcionamiento en comparación con los niños con autismo y niñas con desarrollo normal con respecto a la conducta, la cognición y la psicopatología?]. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, 2(2), 55-65.

Recuperado de

<http://eprints.bbk.ac.uk/11422/1/Nguyen%20%26%20Ronald%202014%20SJCAAP.pdf>

Posada-De la Paz, M., Ferrari-Arroyo, M. J., Touriño, E., y Boada, L. (2005). Investigación epidemiológica en el autismo: una visión integradora. *Revista Neurología*, 41(4), 191-198.

Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/40S1/sS1S191.pdf>

Ruggieri, V. L., y Arberas, C. L. (2016). Autismo en las mujeres: aspectos clínicos, neurobiológicos y genéticos [XVIII Curso Internacional de Actualización en Neuropediatría y Neuropsicología Infantil]. *Revista de Neurología*, 62(Supl. 1), 21-S26.

Recuperado de

<http://www.neurologia.com/sec/resumen.php?or=web&i=e&id=2016009&vol=62&num=S01>

Shefcyk, A. (2015). Count us in: addressing gender disparities in autism research (Cuenta con nosotros: frente a las disparidades de género en la investigación del autismo). *Autism*, 19(2), 131-132.

Recuperado de <http://aut.sagepub.com/content/19/2/131.full.pdf+html>

Solomon, M., Miller, M., Taylor, S. L., Hinshaw, S. P., & Carter, C. S. (2012). Autism symptoms and internalizing psychopathology in girls and boys with autism spectrum disorders [Los síntomas de autismo y la internalización de la psicopatología en niños y niñas con trastornos del espectro autista]. *Journal of autism and developmental disorders*, 42(1), 48-59.

Recuperado de <http://link.springer.com/article/10.1007/s10803-011-1215-z>

Anexo I

Entrevista

Datos personales

Nombre: _____ (iniciales)

Edad: _____ Edad que recibió el diagnóstico oficial de TEA: _____

Sexo: _____

Colegio: _____

Interacción social y funcionamiento en colegio

1.- ¿Su hijo/a se interesaba por relacionarse con los compañeros (en el colegio u otras actividades extraescolares)?

2.- ¿Cuándo observan a su hijo/a en su interacción con otros, se percatan de que su forma de hablar y de moverse es propia o creen que es copiada de algún referente que tenga la niño/a? (adultos, psicóloga, profesor, personaje de dibujos o de la televisión)

3.- ¿Han notado que, para poder relacionarse con los demás, imita formas de actuar de otros?

4.- ¿Con cuantas amistades cuenta su hijo/a? ¿Suele tener problemas para mantener sus amistades?

5.- Cuando hay algún problema o conflicto con algún compañero suyo ¿Cómo maneja la situación o resuelve el conflicto? Describan por favor, cómo creen o han visto que gestiona estos conflictos (a nivel de agresión verbal o física, rehuir el conflicto, baja asertividad)

6.- ¿Frecuentemente recibe quejas o comentarios del profesor respecto a un comportamiento disruptivo o inadecuado de su hijo/a en clase? ¿Podría describir alguna situación?

7.- ¿Se ha encontrado alguna vez situaciones conflictivas en casa con su hijo, (frustraciones que le hayan llevado a comportamientos agresivos, romper cosas, portazos, insultos...)?

8.- ¿Qué dificultades creen que ha tenido que afrontar su hijo en esta etapa de la adolescencia? Por favor, especifiquen las dificultades (Tema bullying, marginación, menstruación, ir a la moda...)

Sintomatología general

9.- ¿Ha notado que su hijo/a muestra con frecuencia dolores de barriga, de cabeza, ansiedad, tristeza...? Por favor, especifique cuáles.

10.- ¿Tiene su hijo/a algún diagnóstico diferente al actual, comórbido o previo?

Sintomatología específica TEA

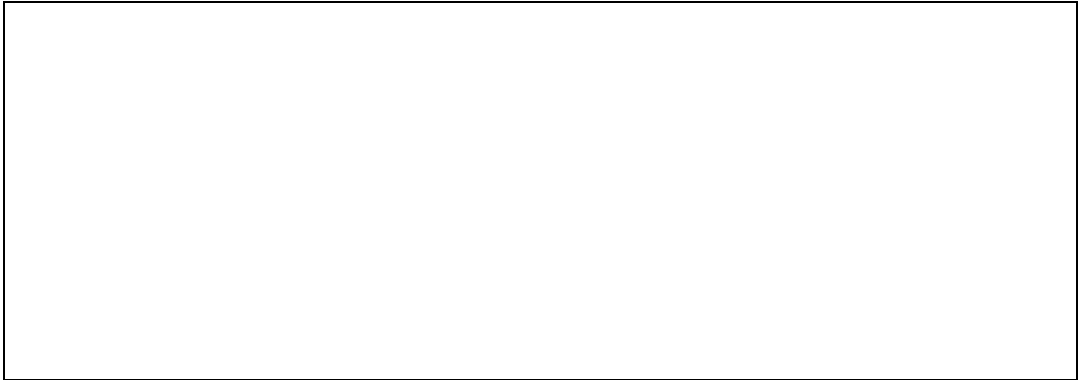
11.- ¿Cuándo observan el juego de su hijo/a, observan creatividad, imaginación?
¿Saben si su hijo/a ha tenido alguna vez algún amigo imaginario o inventado por él/ella?

12.- ¿Creen que su hijo/a utiliza un lenguaje adecuado (el tono de voz es adecuado, es discurso es fluido, las preguntas son adecuadas, tienen en cuenta al oyente en la conversación...)?

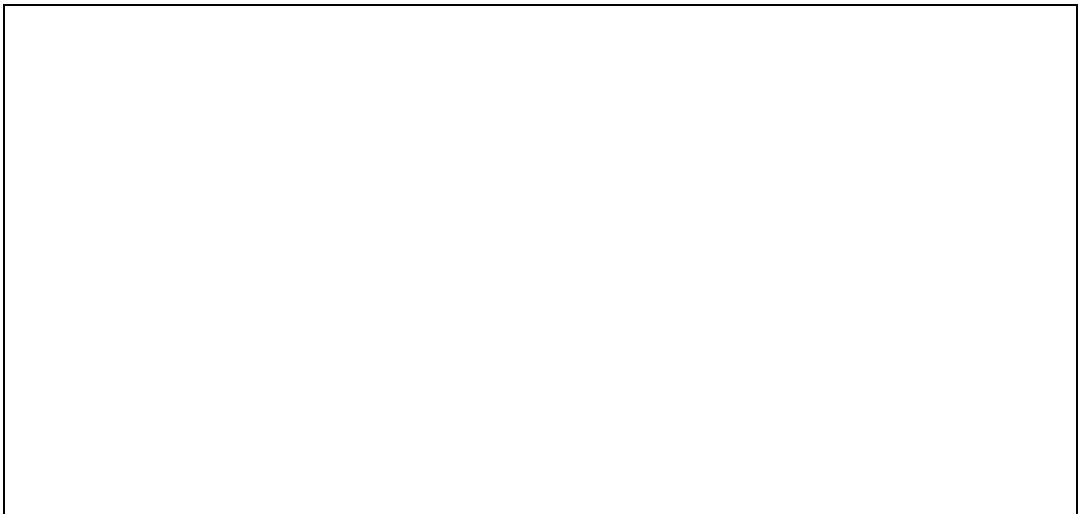
13.- ¿Tiene su hijo/a problemas de alimentación (manías con las comidas, olores o colores, es muy restrictivo o selectivo a la hora de comer)?

14.- ¿A lo largo de la vida de su hijo/a, ha tenido juegos muy repetidos, una forma de funcionar muy rutinaria y repetitiva con siempre los mismos patrones a repetir?

15.- ¿Se ha interesado por algunos temas específicos, incluso dejando de lado el resto, profundizando excesivamente en su aprendizaje?



16.- ¿Podría decirme concretamente cuáles fueron esos temas que despiertan tanto interés en su hijo/a?



Gracias por su aportación y colaboración con este estudio

Anexo II



Universitat
Abat Oliba CEU

El abajo firmante AUTORIZA a Lucas Puig Jové, con DNI 46151942 G, a realizar esta entrevista y utilizar los datos obtenidos en la misma con fines académicos y exclusivamente enmarcados a la elaboración de su Trabajo Final de Grado.

En todo momento, se garantiza el anonimato en la referida investigación debido al carácter confidencial de los datos obtenidos. Se asegura que no se desvelarán estos datos a terceros dado que en el trabajo de investigación no se utilizarán los datos personales que pudieran revelar la identidad del menor.

Como muestra de conformidad firmo la presente.

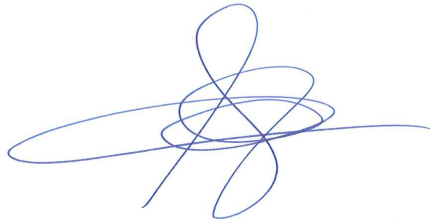
Nombre
Apellidos

Barcelona, mayo de 2016.

El abajo firmante AUTORIZA a Lucas Puig Jové, con DNI 46151942 G, a realizar esta entrevista y utilizar los datos obtenidos en la misma con fines académicos y exclusivamente enmarcados a la elaboración de su Trabajo Final de Grado.

En todo momento, se garantiza el anonimato en la referida investigación debido al carácter confidencial de los datos obtenidos. Se asegura que no se desvelarán estos datos a terceros dado que en el trabajo de investigación no se utilizarán los datos personales que pudieran revelar la identidad del menor.

Como muestra de conformidad firmo la presente.



Nombre *Soledad*
Apellidos *García Romero*

Barcelona, mayo de 2016.