

Estudio descriptivo de una población de niñas y adolescentes mujeres con diagnóstico de trastorno del espectro autista

Nadia Wiecezorko¹ , Emanuel Bellantonio² , Silvana B. Napoli¹ , Celina Lejarraga¹ , Paula Pedernera Bradichansky¹ , María G. Urinovsky³ , Anabella S. Escalante² , Laura S. Rodríguez^{1,3} , Fernando M. Russo^{1,3} , José I. Argento¹ , Warmi F. Perea D'Olivo¹ , Pablo J. Cafiero¹ 

RESUMEN

Introducción. El trastorno del espectro autista (TEA) presenta desafíos en la comunicación social y conducta. Es más frecuente en varones (3:1). Las niñas reciben diagnósticos alternativos o tardíos debido a mejores habilidades comunicativas, intereses atípicos, pero menos inusuales, mayor presencia de conductas internalizantes y estrategias de camuflaje. Esto favorece el subdiagnóstico y limita el acceso a apoyos adecuados.

Objetivo. Describir la población de niñas y adolescentes mujeres (NyAM) con TEA en seguimiento en un hospital de tercer nivel, comparándolas según edad y características clínicas.

Población y métodos. Estudio descriptivo, transversal, con análisis retrospectivo de historias clínicas de NyAM evaluadas entre 2002 y 2024. Se recolectaron datos del desarrollo, examen físico y variables sociodemográficas. La muestra se dividió en preescolares y escolares, y por presencia o no de lenguaje al diagnóstico.

Resultados. Se obtuvo una muestra de 415 NyAM. El 16 % (n = 69) recibió un diagnóstico tardío. En las niñas mayores, se identificaron dos perfiles: uno compatible con el fenotipo femenino del TEA (lenguaje presente, menor discapacidad intelectual, consulta por dificultades sociales) y otro con características de autismo profundo (sin lenguaje, mayor discapacidad intelectual, epilepsia, regresión y mayor gravedad). En preescolares, predominó el compromiso cognitivo o la no adaptación a evaluaciones formales. El 19,5 % (n = 81) tenía antecedentes familiares de TEA o fenotipo ampliado.

Conclusión. Observamos alta variabilidad clínica; esto demanda mayor sensibilidad diagnóstica y herramientas específicas para facilitar apoyos adecuados.

Palabras clave: trastorno del espectro autista; fenotipo; femenino; niñas; adolescentes.

doi (español): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2025-10781>
doi (inglés): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2025-10781.eng>

Cómo citar: Wiecezorko N, Bellantonio E, Napoli SB, Lejarraga C, Pedernera Bradichansky P, Urinovsky MG, et al. Estudio descriptivo de una población de niñas y adolescentes mujeres con diagnóstico de trastorno del espectro autista. *Arch Argent Pediatr.* 2025;e202510781. Primero en Internet 20-NOV-2025.

¹ Servicio de Clínicas Interdisciplinarias del Neurodesarrollo, Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. Juan P. Garrahan Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina; ² Consultorio de Neurodesarrollo, Servicio de Pediatría, Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina; ³ Centro de Neurodesarrollo Hurlingham, Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia para Nadia Wiecezorko: nadiawieczorko@gmail.com

Financiamiento: Ninguno.

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 9-6-2025

Aceptado: 26-9-2025



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional. Atribución — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso. Sin Obra Derivada — Si remezcla, transforma o crea a partir del material, no puede difundir el material modificado.

INTRODUCCIÓN

El trastorno del espectro autista (TEA) refiere a una categoría diagnóstica dentro de los trastornos del neurodesarrollo caracterizado por desafíos en la comunicación social, conductas repetitivas y estereotipadas.¹

Clásicamente, se ha descrito que el diagnóstico es más frecuente en varones que en mujeres independientemente de la edad (3:1).² Esta relación disminuye (2:1) en presencia de discapacidad intelectual (DI) y es mayor (10:1) en personas con TEA con capacidad intelectual promedio o superior.³ Los intentos para explicar esta discrepancia van desde el extremo que considera que el sexo femenino presenta algún factor protector genético hasta las explicaciones que hacen foco en el sesgo profesional.⁴

Diversas publicaciones evidencian mayor dificultad para detectar a mujeres con TEA por parte de las herramientas diagnósticas convencionales (sesgo de género), especialmente en el subgrupo sin DI.⁵ Por este motivo, las niñas consultan a edades más tardías o reciben diagnósticos imprecisos o distintos, como por ejemplo, trastorno del lenguaje, del aprendizaje, de ansiedad, de la personalidad o de la conducta alimentaria.⁶ Se estima que aproximadamente el 80 % de ellas llega al diagnóstico luego de los 18 años.⁷ Varios autores sostienen que esto se debe a que los criterios diagnósticos clásicos no son útiles para identificar a este grupo. Bajo este supuesto, proponen la identificación de un fenotipo conductual específico para las mujeres con TEA. Este fenotipo femenino del TEA (FFT) mantiene los desafíos nucleares del autismo, pero estas características se expresan de una manera diferente a la tradicionalmente reseñada en el autismo en varones.³

En trabajos pioneros de Asperger y Atwood, ya pueden encontrarse diferencias entre varones y mujeres, estas últimas con mejores habilidades de imitación social.⁸ El FFT muestra rasgos diferentes en la socialización, tipos de intereses restringidos, mayor presencia de conductas internalizantes y el fenómeno del camuflaje. Las niñas suelen mostrar mejores habilidades comunicativas y mayor persistencia de síntomas sensoriales a lo largo de la vida. Asimismo, muestran mayor iniciativa para la conversación recíproca y están más motivadas para iniciar amistades, aunque sus dificultades implican déficits en iniciarlas, mantenerlas y en resolver situaciones problemáticas. Por otro lado, los intereses especiales y restringidos demostrados

suelen ser menos inusuales, pero atípicos en su intensidad y calidad.⁹ El camuflaje es el uso de estrategias que permiten compensar los desafíos sociales del TEA, pero a costa de grandes esfuerzos cognitivos, estrés e impacto emocional.¹⁰

Por otro lado, la hipótesis del efecto protector femenino^{9,11} postula que las niñas y mujeres requieren una carga genética o impacto ambiental mayor al de los varones para desarrollar TEA; ya sea por medio de diferencias relacionadas con los cromosomas sexuales o con el rol atribuido a los andrógenos fetales (hipótesis del “cerebro extremo masculino”). Las mujeres se encontrarían más protegidas ante los mismos factores de riesgo.

Se ha sugerido, a su vez, un subdiagnóstico en mujeres relacionado con el uso de herramientas diagnósticas basadas en estereotipos masculinos.¹² El subdiagnóstico o diagnóstico tardío, debido a la forma no convencional de presentación que puede tener el subgrupo de niñas y adolescentes mujeres (NyAM) con TEA, provocará la falta de apoyos educativos-terapéuticos específicos apropiados y determinará efectos negativos en la calidad de vida, educación, funcionamiento y salud mental.^{13,14}

Este estudio tuvo como objetivo describir la población de NyAM con diagnóstico de TEA en seguimiento en el Servicio de Clínicas Interdisciplinarias del Neurodesarrollo (CIND) del Hospital Garrahan, compararlas de acuerdo a grupos etarios y poder relacionar las características de nuestra población con las descritas en la bibliografía.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, con análisis retrospectivo de historias clínicas. Se recopilaron los datos de la evaluación diagnóstica de todas las NyAM con TEA, efectuada en el CIND, desde el año 2002 hasta el 2024. Se excluyeron las pacientes con diagnóstico incierto o en proceso de evaluación. Todas las pacientes fueron evaluadas simultáneamente entre varios profesionales y, en muchos casos, en varios encuentros. El equipo de evaluación estuvo constituido por pediatras del desarrollo, fonoaudiólogas y psicopedagogas, con experiencia en la evaluación y seguimiento de niñas, niños y adolescentes con TEA.

El diagnóstico de TEA fue realizado según las recomendaciones internacionales a través

de la historia clínica del desarrollo, la observación clínica, examen físico, escalas complementarias estandarizadas de evaluación de la comunicación, interacción social y conducta como el ADOS-2 (*Autism Diagnostic Observation Schedule-2*),¹⁵ escala CARS (*Childhood Autism Rating Scale*)¹⁶ y sobre la base de los criterios de manuales internacionales de referencia (DSM-4¹⁷ y DSM-5¹⁸).

En relación con la evaluación del desarrollo, se obtuvieron, según la edad, cocientes de desarrollo (CD) con escala CAT/CLAMS¹⁹ o Bayley-III²⁰, y cociente intelectual (CI) con escalas Weschler²¹ o Stanford Binet.²² Se definió como retraso la puntuación menor a 70 puntos. La definición de discrepancia varió en función de la información brindada por la prueba administrada. Se consignó como “no se adaptó” cuando, al intentar administrar la prueba, la paciente no logró finalizarla por cuestiones relacionadas a su conducta.

En cuanto al examen físico, se consideró microcefalia el valor por debajo de -2 desviaciones estándar (DE) de la media, y macrocefalia al valor por encima de 2 DE.

Se definió regresión como la pérdida de palabras (más de 5, y usadas durante al menos 3 meses) y/o pérdida de interés social (ej.: uso de gestos, mirada compartida, respuesta al nombre) y ausencia de lenguaje como el uso funcional de menos de 5 palabras, independientemente de *mamá* y *papá* específicos.

Se obtuvieron los siguientes datos poblacionales: edad, escolaridad, condiciones médicas y del desarrollo asociadas, antecedentes personales y familiares, indicadores socioeconómicos (necesidades básicas insatisfechas [NBI], obra social [OS]).

Se dividió la población por edad escolar (mayores y menores de 72 meses) y presencia o no de lenguaje al momento del diagnóstico. Se compararon las siguientes variables: CD o CI, antecedente de regresión, antecedentes perinatales, condiciones médicas asociadas, motivos de consulta y puntaje en escala CARS.

Se describieron medidas de resumen: medianas y rangos o frecuencias de categorías. Se utilizó la prueba de chi-cuadrado de Pearson y la prueba exacta de Fisher.

Se utilizaron diversas formas de registro a lo largo de los 22 años, la más reciente en REDCap a partir del año 2019.

Este estudio de investigación ha sido aprobado por la Dirección Asociada de Docencia e Investigación, por el Comité Revisor de

Investigación y por el Comité Hospitalario de Ética, por la Dirección del Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. Juan P. Garrahan bajo el número de protocolo de investigación 1167.

RESULTADOS

Sobre 2183 pacientes con TEA atendidos en el período de estudio, 415 fueron NyAM. Los datos sociodemográficos se presentan en la *Tabla 1*.

Se analizó la escolaridad de las pacientes mayores de 36 meses que consultaron desde el 2021, año en el que se retomó la presencialidad en las aulas luego de la pandemia por COVID-19 (*Tabla 2*). El promedio de edad fue de 60,5 meses con un rango de 36 a 172. El 53 % (n = 34) concurren a escuela común y el 29 % (n = 19) no se encuentran escolarizadas; sin embargo, de estas últimas el 63,2 % (n = 12) tenía entre 36 y 48 meses al consultar.

Destacamos que, en relación con el diagnóstico, las herramientas más usadas fueron CARS y en segundo lugar el ADOS-2 (*Tabla 3*). También vemos que el 42 % (n = 174) de la población presenta retraso y el 30 % (n = 117) no se adaptó a evaluaciones formales.

La epilepsia fue la condición médica asociada más frecuente. Respecto a los antecedentes perinatales, el más frecuente fue la prematuridad (9,9 %, n = 41).

La mayor parte de la población analizada recibió diagnóstico antes de los 72 meses. En el grupo de menores, el 39 % (n = 134) presentaba lenguaje al momento del diagnóstico, mientras que entre las mayores el 76 % (n = 53) tenía lenguaje verbal ($p < 0,001$) (*Tabla 4*).

Respecto a los coeficientes de desarrollo, las mayores en general tienen CI acorde a edad; en cambio, las menores no se adaptan a las evaluaciones ($p < 0,001$). Las niñas que tienen lenguaje, es más frecuente que consulten por desafíos en la socialización ($p = 0,036$) y las niñas sin lenguaje, por desafíos en la comunicación y el lenguaje ($p < 0,001$).

En el grupo de niñas mayores sin lenguaje, se observó mayor frecuencia de epilepsia ($p = 0,004$) y regresión ($p = 0,026$), y mayor tendencia a la presencia de condiciones sindrómicas ($p = 0,08$) (*Tabla 4*).

Respecto a los antecedentes familiares de TEA o fenotipo ampliado, fue positivo en el 19,5 % (n = 81) de los casos, dentro de los que se encontró un 41,6 % de hermanos (n = 35). El grupo que presentó mayor porcentaje de

TABLA 1. Características sociodemográficas y clínicas generales de la muestra (n = 415)

Característica	n (%)
Edad: mediana (rango) en meses	46 (18-172)
Procedencia	
CABA	55 (13,2)
Conurbano	206 (49,6)
Prov. de Buenos Aires	44 (10,6)
Interior	30 (7,2)
Otro país	1 (0,2)
Falta el dato	79 (19)
NBI, n (%)	
Sí	42 (10,1)
No	373 (89,9)
Obra social	
Sí	223 (53,7)
No	170 (41)
Falta el dato	22 (5,3)
Medicación*	
No recibe	326 (78,5)
Anticonvulsivantes	48 (11,6)
Melatonina	7 (1,7)
Risperidona	23 (5,5)
Metilfenidato	5 (1,2)
Otros	29 (7)
Perímetro cefálico	
Normal	290 (69,9)
Macrocefalia	27 (6,5)
Microcefalia	16 (3,9)
No figura	82 (19,7)
Condiciones médicas**	
Epilepsia	43 (10,4)
Trastorno del sueño	41 (9,9)
Sindrómico	35 (8,4)
Otros	34 (8,2)
TND (no DI)	22 (5,3)
Desafíos en la alimentación	20 (4,8)
Obesidad	17 (4,1)
Autoinmunes	14 (3,4)
Tumores	4 (0,9)
Trastornos gastrointestinales	2 (0,5)
Antecedentes perinatales	
Sí	84 (20,2)
No	221 (53,3)
No figura	110 (26,5)
Antecedentes familiares***	
TEA/BAP** hermanos	35 (8,4)
TEA/BAP** no hermanos	46 (11,1)
Otros TND	140 (33,7)

CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires; NBI: necesidades básicas insatisfechas; TEA: trastorno del espectro autista;

BAP: broader autism phenotype o fenotipo ampliado, por sus siglas en inglés; TND: trastornos no especificados del desarrollo; DI: discapacidad intelectual.

*Algunas pacientes recibían más de una medicación simultáneamente.

**Algunas pacientes tenían más de una condición médica simultáneamente.

***Algunas pacientes tenían más de un familiar con antecedentes.

TABLA 2. Escolaridad de las participantes desde 2021 (n = 65)

Escolaridad	n (%)
Escuela común	30 (46,1)
PPI/APND	4 (6,1)
Escuela especial	9 (13,8)
Centro educativo-terapéutico	2 (3,1)
No escolarizadas	19 (29,2)
Falta el dato	1 (1,5)

PPI/APND: *proyecto pedagógico individual/acompañante personal no docente.*

TABLA 3. Herramientas complementarias aplicadas y sus resultados

Evaluación	n (%)
CARS	361 (87)
Leve (30-36,5)	94 (22,6)
Moderado-grave (37-60)	232 (55,9)
No puntúa	13 (3,1)
No figura	22 (5,3)
ADOS	148 (35,7)
Autismo	91 (21,9)
Espectro	45 (10,8)
No puntúa	1 (0,2)
Módulo T*	
Preocupación moderada-grave	6 (1,4)
Preocupación poca-ninguna	1 (0,2)
No figura	4 (0,9)
SCQ	60 (14,5)
Puntúa	44 (10,5)
No puntúa	16 (3,9)
ADI-R	19 (4,6)

* Toddler Module de la ADOS-2, utilizado para la evaluación de niños pequeños (12-30 meses) que aún no utilizan lenguaje verbal de manera consistente.

ADOS-2: Autism Diagnostic Observation Schedule-2; CARS: Childhood Autism Rating Scale; SCQ: Cuestionario de Comunicación Social; ADI-R: Entrevista de Diagnóstico de Autismo Revisada.

antecedentes familiares es el de niñas mayores con lenguaje (Tabla 1).

DISCUSIÓN

Tal como se describe en la bibliografía,² en nuestra población el diagnóstico de TEA es más frecuente en varones (4,25:1).

Kasee *et al.*²³ describen a la epilepsia como la condición médica más frecuentemente asociada al autismo en niñas y mujeres, y resaltan la mayor asociación con discapacidad intelectual, mayor edad, dificultades en el lenguaje y gravedad. Estos mismos datos hemos obtenido de nuestra población, tanto en general como en el grupo de NyAM sin lenguaje en particular.

En relación con la edad al diagnóstico de nuestras pacientes, el 16 % (n = 69) presenta un diagnóstico tardío (DT), es decir, posterior a los 72 meses, porcentaje levemente mayor

al descrito en la población general en países desarrollados.¹³

Dentro de las niñas mayores a 72 meses, encontramos dos grupos diferentes, unas con ausencia del lenguaje y otras con lenguaje al momento del diagnóstico. El grupo sin lenguaje presenta mayor asociación a discapacidad intelectual y puntuación moderada-grave en el CARS. Como se expuso en resultados, esto también se evidencia en relación con la regresión,^{23, 24} comorbilidades como la epilepsia y una tendencia a asociar condiciones sindrómicas. Al revisar la trayectoria del desarrollo de este grupo, en general primero recibieron un diagnóstico de retraso global del desarrollo o DI, o simplemente primó su diagnóstico etiológico, por lo cual el diagnóstico de TEA llegó en una segunda instancia en forma más tardía. Esto coincide con lo descrito por Young²⁵ (2018), quien

TABLA 4. Comparación por grupo etario y presencia de lenguaje

Variable	Menores (<72 meses) Sin lenguaje n (%)	Menores (<72 meses) Con lenguaje n (%)	Mayores (≥72 meses) Sin lenguaje n (%)	Mayores (≥72 meses) Con lenguaje n (%)	p
Lenguaje	212 (61,3)	134 (38,7)	16 (23,2)	53 (76,8)	<0,001*
a) CD/CI					<0,001*
Acorde	3 (1,4)	21 (15,7)	0 (0)	20 (37,7)	Menores: 0,014** / Mayores: 0,026**
Retraso	96 (45,3)	50 (37,3)	11 (68,8)	17 (32,1)	
Discrepante	14 (6,6)	13 (9,7)	0 (0)	5 (9,4)	
No se adaptó	83 (39,2)	30 (22,4)	4 (25)	0 (0)	
No se efectuó	16 (7,5)	20 (14,9)	1 (6,3)	11 (20,8)	
Regresión	21 (9,9)	4 (3,0)	4 (25)	1 (1,9)	
b) Condiciones médicas					
Epilepsia	20 (9,4)	14 (10,4)	5 (31,3)	1 (1,9)	0,004**
Condición síndromica	19 (8,9)	9 (6,7)	5 (31,3)	2 (3,8)	0,08**
Trastorno del sueño	27 (12,7)	9 (6,7)	1 (6,3)	4 (7,6)	ns
Desafíos alimentación	11 (5,2)	2 (1,5)	1 (6,3)	6 (11,3)	ns
Antecedentes perinatales	50 (23,6)	18 (13,4)	3 (18,8)	13 (24,5)	ns
c) Motivo de consulta					<0,001**
Comunicación y lenguaje	129 (60,9)	64 (47,8)	10 (62,5)	14 (26,4)	<0,001*
Socialización	26 (12,3)	18 (13,4)	4 (25)	22 (41,5)	
Conducta	72 (34,0)	43 (32,1)	3 (18,8)	22 (41,5)	
d) Escala CARS					<0,001*
Leve	25 (11,8)	52 (38,8)	1 (6,3)	17 (32,1)	<0,001*
Moderado-grave	155 (73,1)	50 (37,3)	13 (81,3)	14 (26,4)	
No puntúa	0 (0)	7 (5,2)	0 (0)	6 (11,3)	
No se administró	32 (15,1)	25 (18,7)	2 (12,5)	16 (30,2)	

CD/CI: coeficiente de desarrollo/coeficiente intelectual; CARS: Childhood Autism Rating Scale.

*p: prueba de chi-cuadrado. **p: prueba exacta de Fisher.

ns: no significativo.

plantea que es más probable que los médicos no consideren el diagnóstico de TEA en presencia de otra patología, en particular la discapacidad intelectual, quedándose únicamente con este diagnóstico. Estos hallazgos son compatibles con lo que se describe actualmente como autismo profundo.²⁶

El otro grupo de niñas mayores es el que podría corresponderse con el FFT. Al presentar lenguaje y menor porcentaje de DI, podrían adoptar más estrategias de camuflaje y demorar su diagnóstico.²⁷ El camuflaje implica habilidades de aprendizaje social y variación del comportamiento según el entorno, y el uso de estrategias de manera consciente o inconsciente, aprendidas de forma explícita o desarrolladas de forma implícita que tienden a reducir las características del autismo en los encuentros sociales, presentando una faceta “socialmente más aceptable”, o bien compensando estos desafíos.³ En descripciones autobiográficas de NyAM con TEA, el proceso de camuflaje

puede generar síntomas internalizantes y desafíos en el desarrollo de la propia identidad, requiriendo tiempos prolongados en solitario para recuperarse.¹⁰ Cabe destacar que es el único grupo en el cual el motivo de consulta principal fue la socialización, a diferencia de los demás, en los que fue la comunicación y el lenguaje. Si bien las investigaciones sugieren que las niñas tienen una mayor motivación social que los varones, también describen que les resulta más difícil mantener relaciones a largo plazo ya sea de amistad o de pareja.^{3,10} Este grupo es, a su vez, el que presenta un mayor porcentaje de familiares con diagnóstico de TEA o fenotipo ampliado. La presencia de antecedentes familiares pudo ser un factor que contribuyó al diagnóstico en esta población, que aunque tardío, fue de todos modos más temprano que en la adultez, tal como se refiere en la bibliografía.^{5,7} Además, estas NyAM son las que presentaron un mayor porcentaje de desafíos en la alimentación (en gran medida, producto de dificultades en el procesamiento

sensorial), lo cual resulta significativo teniendo en cuenta la gran prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en mujeres adultas y adolescentes.^{10,28}

Los términos de fenotipo femenino del TEA y autismo profundo son operativos y no corresponden a nuevas categorías diagnósticas. Sin embargo, contribuyen a la descripción de los distintos perfiles funcionales de nuestra muestra, dentro de un mismo diagnóstico.

En relación con las niñas menores, independientemente del lenguaje, la gran mayoría asociaba compromiso cognitivo o no se adaptaba a evaluaciones formales del desarrollo. Esto coincide con lo descrito por Hervás,¹⁰ quien plantea que en estas edades los retrasos son evidentes y es más probable que se identifique y diagnostique el autismo además de los otros retrasos evolutivos asociados. Además, presentaban porcentajes similares de epilepsia y condiciones sindrómicas. Sin embargo, es destacable que las niñas sin lenguaje presentaron un porcentaje mucho mayor de regresión y, en su mayoría, puntuaron para autismo grave en la escala CARS, a diferencia de las niñas con lenguaje, que puntuaron leve o no puntuaron.

Vemos como limitaciones en este trabajo que, al tratarse de un hospital de alta complejidad, podríamos presentar un sesgo de derivación por la mayor comorbilidad clínica asociada que suelen presentar las pacientes. Además, el cambio en las bases de datos a lo largo de los años, si bien mejoró el registro y la fiabilidad, puede haber llevado a una pérdida de estos. Otra limitante es que no hemos recabado datos específicos sobre los intereses profundos y las comorbilidades del área de la salud mental de las NyAM que mantuvieron seguimiento en CIND. También sería enriquecedor contar con datos sobre la experiencia del proceso diagnóstico tanto de las familias como de las mismas pacientes. Esta información nos brindaría una visión más integral y sería un puntapié para investigaciones futuras orientadas a mejorar la calidad de vida de las NyAM.

El diagnóstico oportuno lograría facilitar el acceso a apoyos educativos y terapéuticos específicos. Esto se debe estructurar dentro de un marco de derechos que no solo minimice los desafíos y obstáculos descritos en la literatura, sino que garantice el funcionamiento, la plena participación comunitaria y la calidad de vida de las NyAM.

CONCLUSIÓN

Este estudio permitió describir la población de NyAM con TEA en seguimiento en CIND, mostrando diferencias relevantes según grupo etario y presencia de lenguaje. En las menores, predominó el compromiso cognitivo, con mayor regresión y gravedad en aquellas sin lenguaje.

En las que reciben diagnóstico más tardíamente, se encuentran tanto la presencia de comorbilidades de salud y compromiso cognitivo en un extremo como la presencia de fortalezas comunicativas propias del denominado fenotipo femenino en el otro.

Un diagnóstico oportuno lograría facilitar el acceso a apoyos educativos y terapéuticos específicos que garanticen el funcionamiento, la plena participación comunitaria y la calidad de vida de las NyAM. ■

Agradecimientos

Al Equipo de Psicopedagogía y de Clínica de Lenguaje del Servicio de Clínicas Interdisciplinarias del Neurodesarrollo, y al personal de la biblioteca del Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. Juan P. Garrahan. A la Dra. María Paula Vitale por sus aportes en el análisis estadístico.

REFERENCIAS

1. Lord C, Elsabbagh M, Baird G, Veenstra-Vanderweele J. Autism spectrum disorder. *Lancet*. 2018;392(10146):508-20. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31129-2.
2. Global Burden of Disease Study 2021 Autism Spectrum Collaborators. The global epidemiology and health burden of the autism spectrum: findings from the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Psychiatry*. 2025;12(2):111-21. doi: 10.1016/S2215-0366(24)00363-8.
3. Hull L, Petrides KV, Mandy W. The female autism phenotype and camouflaging: a narrative review. *Rev J Autism Dev Disord*. 2020;7:306-17. doi: 10.1007/s40489-020-00197-9.
4. Baron-Cohen S, Lombardo M, Auyeung B, Ashwin E, Chakrabarti B, Knickmeyer R. Why are autism spectrum disorders conditions more prevalent in males? *PLoS Biol*. 2011;9(6):e1001081. doi: 10.1371/journal.pbio.1001081.
5. Hernández Layna C, Verde Cagiao M, Vidriales Fernández R, Plaza Sanz M, Gutiérrez Ruiz C. Dificultades y barreras para la detección y el diagnóstico. En Recomendaciones para la detección y el diagnóstico del trastorno del espectro del autismo en niñas y mujeres. Madrid: Confederación Autismo España; 2021:28-44.
6. Lord C, Charman T, Havdahl A, Carbone P, Anagnostou E, Boyd B, et al. The Lancet Commission on the future of care and clinical research in autism. *Lancet*. 2022;399(10321):271-334. doi: 10.1016/S0140-6736(21)01541-5.
7. McCrossin R. Finding the true number of females with autistic spectrum disorder by estimating the biases in initial recognition and clinical diagnosis. *Children (Basel)*. 2022;9(2):272. doi: 10.3390/children9020272.
8. Attwood T, Grandin T, Faherty C, McIlwee Myers J, Snyder R, Wagner S, et al. Autism and girls. 2nd ed. Arlington (TX): Future Horizons; 2019.

9. Ochoa-Lubinoff C, Makol B, Dillon E. Autism in women. *Neurol Clin.* 2023;41(2):381-97. doi: 10.1016/j.ncl.2022.10.006.
10. Hervás A. Género femenino y autismo: infradetección y misdiagnósticos. *Medicina (B Aires).* 2022;82(Supl 1):37-42.
11. Lei J, Lecarie E, Jurayj J, Boland S, Sukhodolsky DG, Ventola P, et al. Altered neural connectivity in females, but not males with autism: preliminary evidence for the female protective effect from a quality-controlled diffusion tensor imaging study. *Autism Res.* 2019;12(10):1472-83. doi: 10.1002/aur.2180.
12. Milner V, McIntosh H, Colvert E, Happé F. A qualitative exploration of the female experience of autism spectrum disorder (ASD). *J Autism Dev Disord.* 2019;49(6):2389-402. doi: 10.1007/s10803-019-03906-4.
13. Russo FM, Rodríguez E, Cafiero PJ. Factores asociados al diagnóstico tardío del trastorno del espectro autista. *Med Infant.* 2023;30(4):373-81.
14. Davidovitch M, Gazit S, Patalon T, Leitner Y, Rotem RS. Late diagnosis of autism spectrum disorder: journey, parents' concerns, and sex influences. *Autism Res.* 2023;16(2):294-301. doi: 10.1002/aur.2869.
15. Lord C, Rutter M, DiLavore P, Risi S. Autism Diagnostic Observation Schedule. Los Angeles: Western Psychological Services; 2003.
16. Schopler E, Reichler RJ, Renner BR. The Childhood Autism Rating Scale (CARS). New York: Irvington Publishers; 1986.
17. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington (DC): APA; 1994.
18. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington (DC): APA; 2013.
19. Capute AJ, Accardo PJ. The Capute Scales: Cognitive Adaptive Test/Clinical Linguistic and Auditory Milestone Scale (CAT/CLAMS). Baltimore (MD): Brookes Publishing; 1997.
20. Bayley N. Bayley Scales of Infant and Toddler Development. 3rd ed. San Antonio (TX): Harcourt Assessment; 2006.
21. Wechsler D. Wechsler Intelligence Scale for Children. 5th ed. San Antonio (TX): Pearson; 2014.
22. Roid GH. Stanford-Binet Intelligence Scales. 5th ed. Itasca (IL): Riverside Publishing; 2003.
23. Kassee C, Babinski S, Tint A, Lunskey Y, Brown HK, Ameis SH, et al. Physical health of autistic girls and women: a scoping review. *Mol Autism.* 2020;11(1):84. doi: 10.1186/s13229-020-00380-z.
24. Amiet C, Gourfinkel-An I, Bouzamondo A, Tordjman S, Baulac M, Lechat P, et al. Epilepsy in autism is associated with intellectual disability and gender: evidence from a meta-analysis. *Biol Psychiatry.* 2008;64(7):577-82. doi: 10.1016/j.biopsych.2008.04.030.
25. Young H, Oreve MJ, Speranza M. Clinical characteristics and problems diagnosing autism spectrum disorder in girls. *Arch Pediatr.* 2018;25(6):399-403. doi: 10.1016/j.arcped.2018.06.008.
26. Hughes MM, Shaw KA, DiRienzo M, Durkin MS, Esler A, Hall-Lande J, et al. The prevalence and characteristics of children with profound autism, 15 sites, United States, 2000-2016. *Public Health Rep.* 2023;138(6):971-80. doi: 10.1177/00333549231163551.
27. Micai M, Caruso A, Fatta LM, Fulceri F, Scattoni ML. Gender differences in high-functioning autism: implications in everyday life and clinical settings. *Ital J Gender-Specific Med.* 2019;5(2):90-7. doi: 10.1723/3188.31668.
28. Brown CM, Stokes MA. Intersection of eating disorders and the female profile of autism. *Psychiatr Clin North Am.* 2020;43(4):735-43. doi: 10.1016/j.psc.2020.08.009.