

Revisión

Revisión Sistemática sobre Autismo en Mujeres: Perfiles Invisibilizados y Sesgo de Género

Ana Muiño Tato^{1,*} ¹Department of Psychology, Faculty of Health Sciences, Universidad UNIE, 28046 Madrid, España*Correspondencia: amuinot@professional.universidadunie.com (Ana Muiño Tato)

Editor Académico: Angela Vidal-Jordana

Enviado: 23 Diciembre 2025 Revisado: 25 Enero 2026 Aceptado: 31 Enero 2026 Publicado: 23 Abril 2026

Resumen

Introducción: El trastorno del espectro autista (TEA) presenta una marcada heterogeneidad clínica y una desproporción diagnóstica por sexo, con ratios varón:niña de hasta 4,6:1 en el contexto educativo español, lo que sugiere una posible infraidentificación sistemática en mujeres. Esta revisión sistemática analiza críticamente el sesgo de género en el diagnóstico del TEA, con foco en mujeres y evalúa si los criterios diagnósticos actuales capturan adecuadamente perfiles de nivel 1. **Método:** Se realizó una búsqueda en diciembre de 2025 en American Psychological Association (APA) PsycInfo, Dialnet, PsicoDoc y Education Resources Information Center (ERIC), aplicando marcos PECO (Population, Exposure, Comparison, and Outcome) y PICO (Population, Intervention, Comparison, and Outcome). Tras el proceso Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA), se incluyeron 26 estudios (2015–2025) observacionales, psicométricos, tecnológicos, cuasi-experimentales y cualitativos. La calidad metodológica global fue buena–muy buena (media CRF-QS = 15,7) y, en conjunto, predominó el bajo riesgo de sesgo. **Resultados:** Los hallazgos muestran inequidades diagnósticas consistentes: retraso diagnóstico en niñas, menor sensibilidad de instrumentos clásicos ante fenotipos menos externalizantes, impacto del camuflaje social y efectos moduladores de comorbilidades y factores contextuales. **Conclusión:** El sesgo diagnóstico es multifactorial y requiere enfoques más sensibles al género, multimétodo e interseccionales para garantizar un acceso equitativo a diagnóstico y apoyos.

Palabras Clave: trastorno del espectro autista; sesgo de género; factor de género; servicios de salud mental

Systematic Review of Autism in Women: Invisibilised Profiles and Gender Bias

Abstract

Introduction: Autism spectrum disorder (ASD) shows marked clinical heterogeneity and a pronounced sex disparity in diagnosis, with male-to-female ratios of up to 4.6:1 in the Spanish educational context, suggesting potential systematic under-identification in females. This systematic review critically examines gender bias in ASD diagnosis, focusing on females, and assesses whether current diagnostic criteria adequately capture Level 1 presentations. **Method:** A literature search was conducted in December 2025 across American Psychological Association's database (APA) PsycInfo, Dialnet, PsicoDoc and Education Resources Information Center (ERIC), using Population, Exposure, Comparator, Outcome (PECO) and Patient, Intervention, Comparison, Outcome (PICO) frameworks. Following the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) process, 26 studies (2015–2025) were included, encompassing observational, psychometric, technological, quasi-experimental and qualitative designs. Overall methodological quality was good to very good (mean CRF-QS = 15.7), and risk of bias was predominantly low. **Results:** Findings indicate consistent diagnostic inequities: delayed diagnosis in girls, reduced sensitivity of standard instruments to less externalizing phenotypes, the role of social camouflaging, and moderating effects of comorbidities and contextual factors. **Conclusion:** Diagnostic bias appears multifactorial and calls for gender-sensitive, multi-method and intersectional approaches to ensure equitable access to diagnosis and support.

Keywords: autism spectrum disorder; diagnostic bias; sex factors; mental health services



1. Introducción

El trastorno del espectro autista (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por dificultades persistentes en la comunicación e interacción social, junto con patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidos y repetitivos [1]. La expresión clínica del autismo en mujeres es altamente heterogénea y puede conceptualizarse como un espectro en sí mismo.

En las últimas décadas, la prevalencia estimada del TEA ha aumentado de forma sostenida, fenómeno que se atribuye, al menos en parte, a una mayor concienciación social, a la ampliación de los criterios diagnósticos y a la mejora de los sistemas de detección temprana [2].

En España, los datos disponibles—principalmente procedentes del ámbito educativo—indican que 64.198 niños (82,24%) y 13.865 niñas (17,76%) con TEA están escolarizados en enseñanzas no universitarias, lo que representa aproximadamente el 0,94% del alumnado total [2]. Esta distribución refleja una ratio de 4,6 niños por cada niña diagnosticada, en línea con la desproporción observada en estudios internacionales, donde las ratios oscilan entre 3:1 y 5:1 [3].

La interpretación de estos datos muestran una marcada disparidad por sexo, muchas veces esta infraidentificación sistemática del TEA en mujeres se interpreta como una diferencia real en prevalencia [4]. Diversos estudios sugieren que las niñas y mujeres autistas tienden a presentar perfiles fenotípicos menos prototípicos, con menor presencia de conductas externalizantes y mayores competencias aparentes en contextos sociales estructurados, lo que dificulta su detección mediante los procedimientos diagnósticos habituales [5]. Además, en la muestra femenina han sido identificadas estrategias de camuflaje social, entendidas como intentos conscientes o implícitos de compensar o enmascarar las dificultades nucleares del autismo para ajustarse a las expectativas sociales normativas [6].

Toda esta problemática en el diagnóstico de autismo en el sexo femenino aumenta la probabilidad de que la muestra de mujeres desarrolle Este fenómeno contribuye tanto al retraso diagnóstico y al infra diagnóstico en mujeres, como trayectorias clínicas más complejas y a un mayor riesgo de problemas de salud mental en la adolescencia y la edad adulta. Sin embargo, gran parte de los modelos diagnósticos y de las herramientas de cribado actualmente en uso han sido desarrollados y validados mayoritariamente en muestras masculinas, lo que plantea interrogantes relevantes sobre su sensibilidad y validez para captar adecuadamente la presentación del TEA en población femenina.

En este contexto, el objetivo de la presente revisión sistemática es analizar críticamente la literatura existente sobre el sesgo de género en el diagnóstico del TEA, con especial atención a las mujeres y personas asignadas femenino al nacer, y evaluar en qué medida los criterios y herramientas diagnósticas actuales capturan adecuadamente la diversidad fenotípica del espectro. De forma específica, se

plantean los siguientes objetivos: (1) Describir la evidencia reciente sobre la desproporción diagnóstica por sexo/género y su variación según contexto y fuentes de datos. (2) Analizar si existe retraso diagnóstico en niñas/mujeres y qué factores (p. ej., comorbilidades como TDAH, variables contextuales) se asocian a trayectorias diagnósticas más tardías. (3) Examinar el rendimiento de instrumentos de cribado y diagnóstico (p. ej., *social communication questionnaire* (SCQ), *autism diagnostic observation schedule* (ADOS), *modified checklist for autism in toddlers* (MCHAT)) y la presencia de posibles sesgos por sexo/género en sensibilidad, especificidad o puntos de corte. (4) Sintetizar la evidencia psicométrica disponible sobre estructura factorial e invarianza de medida de herramientas relevantes en población femenina. (5) Integrar la evidencia cualitativa sobre camuflaje social, estereotipos de género y barreras del sistema, y discutir sus implicaciones clínicas, diagnósticas y de investigación.

2. Método

Este trabajo se basa en una revisión sistemática de la literatura científica, cuyo objetivo principal es analizar el sesgo de género en el TEA. En concreto, se pretende examinar las dificultades diagnósticas que afectan a las mujeres dentro del espectro, particularmente aquellas asociadas al camuflaje social, a una menor presencia de síntomas externalizantes y a perfiles clínicos menos ajustados a los modelos diagnósticos tradicionales. Se optó por una revisión sistemática ya que el sesgo de género en el diagnóstico del TEA se ha investigado mediante diseños heterogéneos (observacionales, psicométricos, cualitativos y tecnológicos), con outcomes diversos (edad al diagnóstico, rendimiento de instrumentos, experiencias subjetivas y barreras del sistema). En este contexto, una revisión sistemática permite identificar patrones convergentes, comparar resultados entre aproximaciones metodológicas y delimitar lagunas de conocimiento, ofreciendo una base más sólida para orientar recomendaciones clínicas y líneas futuras de investigación. Frente a diseños descriptivos o exploratorios primarios, este enfoque es el más congruente con el objetivo de sintetizar críticamente la evidencia disponible y valorar en qué medida los modelos y herramientas diagnósticas capturan perfiles femeninos o menos prototípicos.

Utilizando el marco PICO (Población, Intervención, Comparación y Resultado.) se formuló la siguiente pregunta de investigación que guió esta revisión sistemática: *¿Los criterios diagnósticos actuales del DSM-5-TR representan adecuadamente a las mujeres con TEA de nivel 1?*

2.1 Criterios de Inclusión y Exclusión

Se establecieron criterios de inclusión rigurosos con el fin de garantizar la consistencia metodológica y la calidad científica de los estudios incluidos.

Tipo de estudios. Se incluyeron: (1) Estudios observacionales (transversales, cohortes, retrospectivos, vigilancia

poblacional). (2) Estudios psicométricos/metodológicos (estructura factorial, invarianza, validez/precisión de cribado). (3) Estudios experimental/tecnológicos aplicados a identificación/diagnóstico (p. ej., *inteligencia artificial* (IA), *eye-tracking*, *point-of-view* (POV) *glasses*). (4) Estudios cualitativos sobre trayectoria diagnóstica, autodiagnóstico, estereotipos y socialización de género. (5) Estudios cuasi-experimentales de mejora de servicios diagnósticos (pre-post). Se excluyeron: (1) Revisiones (sistemáticas/narrativas), editoriales, comentarios, cartas, protocolos sin datos (2) Estudios sin resultados específicos de diagnóstico, edad al diagnóstico, rendimiento de instrumentos, inequidades o trayectorias diagnósticas. Fecha de publicación. Se incluyeron: estudios publicados entre 2015 y 2025, (justificación: cubre cambios recientes en conceptualización, herramientas, diagnóstico y enfoque interseccional; además incluye los registros/SES tempranos que aportan base epidemiológica). Idioma. Se incluyeron: estudios publicados en español e inglés, para facilitar la accesibilidad y evitar sesgos lingüísticos. Población. Se incluyeron: (1) Personas con TEA o con sospecha/derivación para evaluación de TEA. (2) Población general cuando se analicen rasgos autistas o cribado con herramientas estandarizadas. (3) Niños/as y adolescentes (0–18) y adultos cuando el objetivo es el recorrido de la experiencia diagnóstica, autodiagnóstico o sesgos de género. (4) Estudios con análisis por sexo asignado al nacer, género, raza/etnia y/o Estatus socioeconómico (SES). (5) Mujeres con diagnóstico confirmado de TEA sin restricción de edad mediante los criterios diagnósticos del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (DSM-5) and *Fifth Edition, Text Revision* (DSM-5-TR). (6) Los estudios con muestras autodiagnosticadas o autoidentificadas se incluyeron únicamente cuando analizaban trayectorias diagnósticas, barreras de acceso o experiencias vividas relacionadas con el sesgo de género, y se trataron de forma separada dentro de la evidencia cualitativa. Se excluyeron: Estudios exclusivamente centrados en intervención clínica/educativa sin relación con identificación, cribado, diagnóstico o inequidades diagnósticas. Exposición/Intervención. Se incluyeron: (1) Sexo/género (Asignada mujer al nacer/Asignado hombre al nacer (AFAB/AMAB); niñas/niños; mujeres/personas gender-diverse). (2) Raza/etnia y estatus socioeconómico. (3) Comorbilidades o diagnósticos previos que afecten al diagnóstico (p. ej., trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) previo). (4) Camouflaging/masking (medido o explorado cualitativamente). (5) Uso/evaluación de instrumentos: SCQ, ADOS, *camouflaging autistic traits questionnaire – adolescent version* (CAT-Q-A), M-CHAT, etc. (6) Modelos basados en IA o herramientas digitales/ecológicas (Canvas Dx, OpenFace/MediaPipe, ML con textos parentales). (7) Mejora de servicios/vías diagnósticas. Comparación. Se incluyeron: (1) Entre sexos/género. (2) Entre grupos raciales/étnicos (3). En-

tre niveles socioeconómicos. (4) Con vs sin diagnóstico de TEA. (5) Con vs sin diagnóstico previo de TDAH. (6) Comparaciones pre-post en estudios de mejora de servicios. (7) Comparación temática en estudios cualitativos. Resultados. Se incluyeron estudios si reportan al menos uno de estos outcomes: (1) Edad al diagnóstico/retraso diagnóstico/tiempos de espera. (2) Prevalencia y diferencias demográficas (3) Probabilidad de diagnóstico y predictores. (4) Rendimiento de cribado o diagnóstico: sensibilidad, especificidad, precisión, tasa de determinación. (5) Propiedades psicométricas (estructura factorial, invarianza). (6) Acceso/continuidad asistencial (7) Experiencias cualitativas de sesgo, estereotipos, autodiagnóstico o barreras. (8) Impacto del timing diagnóstico en la salud mental (ansiedad/depresión).

Dos revisoras realizaron de forma independiente el cribado y la extracción. Las discrepancias se resolvieron por consenso.

2.2 Búsqueda de Estudios

La búsqueda bibliográfica se realizó en diciembre de 2025 en las bases de datos electrónicas de acceso más relevantes para el área de la psicología clínica y la intervención terapéutica: APA PsycInfo (<https://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo>), Dialnet (<https://dialnet.unirioja.es/>), PsicoDoc (<https://www.psicodoc.org/>) y ERIC (<https://eric.ed.gov/>). La selección de estas bases de datos respondió a criterios de pertinencia disciplinar, cobertura temática y accesibilidad institucional, priorizando aquellas con una fuerte representación de literatura en psicología clínica, educación, salud mental infantil y estudios de género. APA PsycInfo y ERIC permiten un acceso exhaustivo a investigaciones empíricas y teóricas relevantes sobre diagnóstico del TEA, mientras que Dialnet y PsicoDoc facilitan la inclusión de literatura en español, contribuyendo a reducir el sesgo lingüístico y a incorporar evidencia procedente de contextos iberoamericanos. No se incluyeron bases de datos multidisciplinares como Scopus o Web of Science, lo que puede haber limitado la recuperación de algunos estudios internacionales indexados exclusivamente en dichas plataformas. Esta decisión se debió a criterios de accesibilidad y a la constatación de una alta superposición de los estudios clave del área en las bases finalmente seleccionadas. No obstante, esta limitación se reconoce explícitamente y se considera al interpretar la generalización de los resultados, especialmente en relación con contextos geográficos y disciplinas menos representadas en las bases consultadas.

Estándares de reporte (PRISMA) (véase **Material Suplementario 1**). El proceso de identificación, cribado, elegibilidad e inclusión de estudios se reportó siguiendo la estructura recomendada por la guía PRISMA para revisiones sistemáticas, incluyendo el diagrama de flujo correspondiente (Fig. 1). Dado que el objetivo de esta revisión fue integrar evidencia procedente de metodologías diversas (cuantitativas, cualitativas y tecnológicas), se priorizó una

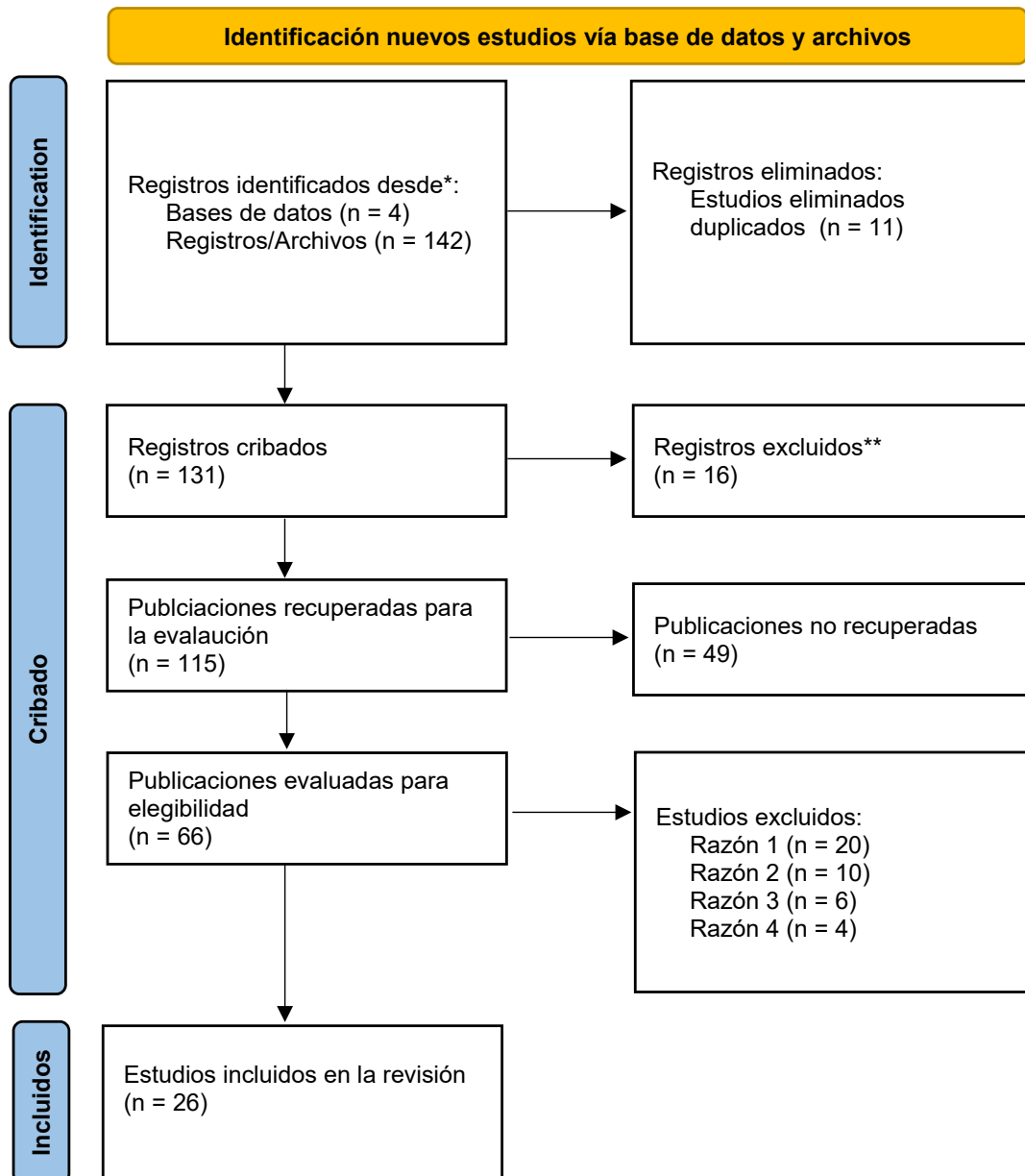


Fig. 1. Diagrama flujo. **Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers). **If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.*

síntesis narrativa estructurada y una evaluación explícita de calidad metodológica y riesgo de sesgo. Asimismo, al tratarse de una revisión desarrollada en el marco de un trabajo académico y sin registro previo del protocolo, no se incorporaron algunos elementos formales habituales de PRISMA (p. ej., registro prospectivo), lo cual se declara como limitación metodológica. No obstante, se mantuvieron los componentes centrales del proceso PRISMA: estrategia de búsqueda reproducible, criterios de inclusión/exclusión definidos, selección por fases y reporte transparente del flujo de estudios. Las razones de exclusión se consolidaron por categoría para evitar dupli-

cidades entre fases (título/resumen vs texto completo), tal como se muestra en el diagrama de flujo.

En la Tabla 1 se concreta la estrategia de búsqueda.

Dado que el objetivo de la revisión fue analizar el sesgo de género en el diagnóstico del TEA desde una perspectiva amplia, incluyendo inequidades estructurales, trayectorias diagnósticas y rendimiento de herramientas, se optó por un enfoque metodológico combinado. En primer lugar, se empleó el marco población, exposición, comparación y resultado (PECO), particularmente adecuado para la investigación observacional y epidemiológica, con el fin de capturar inequidades diagnósticas asociadas al sexo/género,

Tabla 1. Estrategia de búsqueda (Boolean AND/OR).

Población	Intervenciones/Exposiciones	Comparación	Resultados
autism OR autistic OR “autism spectrum disorder” OR ASD OR neurodivergent OR “autism traits” OR “autism-associated traits”	diagnos OR “age at diagnosis” OR “diagnostic delay” OR “diagnostic pathway” OR identification OR detection OR screening OR assessment OR “camouflaging” OR masking OR compensation OR assimilation OR “sex differences” OR sex OR female OR women OR girls OR AFAB OR AMAB OR non-binary OR transgender OR “gender diverse” OR race OR ethnicity OR “socioeconomic status” OR SES OR poverty OR deprivation OR ADHD OR “prior diagnosis”	male OR female OR boys OR girls OR AFAB OR AMAB OR “racial” OR ethnic OR “non-Hispanic” OR Hispanic OR SES OR poverty OR “income”	prevalence OR epidemiology OR “age of diagnosis” OR “time to diagnosis” OR “waiting time” OR sensitivity OR specificity OR accuracy OR “positive predictive value” OR “negative predictive value” OR psychometric OR “factor structure” OR invariance OR “measurement invariance” OR validity OR reliability OR “lived experience” OR qualitative OR interview OR “thematic analysis” OR phenomenolog

Nota. Términos por bloque para combinar.

la raza/etnia, el nivel socioeconómico y otros factores contextuales. De forma complementaria, se utilizó el marco PICO en aquellos estudios centrados específicamente en instrumentos de cribado, evaluación diagnóstica o soluciones tecnológicas, donde el contraste entre intervención, comparación y resultados de precisión diagnóstica resulta metodológicamente más apropiado. Este enfoque dual permitió integrar de manera coherente evidencia procedente de diseños heterogéneos, manteniendo la congruencia entre los objetivos de la revisión y la naturaleza de los estudios incluidos.

2.3 Criterios de Inclusión

PECO principal (inequidades diagnósticas)

- P (Population): Personas con TEA o en evaluación/sospecha de TEA; también población general evaluada con instrumentos de cribado/rasgos.
- E (Exposure): Sexo asignado al nacer/género; raza/etnia; SES; diagnósticos previos (p. ej., TDAH); camouflaging; barreras del sistema.
- C (Comparison): Grupos contrastados (niñas vs niños; AFAB vs AMAB; blanco no hispano vs minorías; pobreza vs no pobreza; con vs sin TDAH previo).
- O (Outcomes): Edad al diagnóstico, retraso, tiempos de espera, prevalencia, acceso a evaluación; rendimiento de cribado/diagnóstico; propiedades psicométricas; experiencias cualitativas de sesgo.

PICO complementario (herramientas/IA)

- P: Niños/as y adolescentes (especialmente 0–6 y 6–18) y/o población derivada por sospecha.
- I: Herramientas de cribado/diagnóstico o soluciones tecnológicas (SCQ/ADOS/Canvas Dx/POV+visión

computacional/Métodos computacionales (ML) text mining/eye-tracking).

- C: Evaluación clínica estándar, controles no autistas, o comparación entre subgrupos (sexo/género/diagnóstico).
- O: Precisión diagnóstica (sensibilidad/especificidad/Valor predictivo positivo/Valor predictivo negativo/*positive predictive value* (PPV)/*negative predictive value* (NPV)), sesgo en rendimiento por sexo/género, utilidad ecológica/temprana.

La utilización combinada de marcos PECO y PICO facilitó una evaluación sistemática y ajustada a la diversidad metodológica de los estudios incluidos, permitiendo valorar tanto inequidades diagnósticas poblacionales como el rendimiento diferencial de herramientas diagnósticas.

En una primera etapa, se hizo una búsqueda utilizando las palabras clave y se identificaron 142 artículos en las distintas bases de datos. Se eliminaron 11 duplicados. Durante la fase de cribado, se revisaron estos 131 artículos, se analizaron los títulos y los resúmenes y fueron descartados 16 artículos por no cumplir con alguno de los criterios de inclusión. Por tanto, en la primera fase de cribado quedaron 115 artículos en total. De los 115 documentos considerados en las bases de datos, se descartaron 49 por ser revisiones sistemáticas. De los 66 identificados, 21 no abordaban inequidades diagnósticas por sexo/género; 6 no aportaban outcomes de diagnóstico o cribado relevantes; y 7 no cumplían el criterio temporal establecido, 6 no aportaban outcomes de diagnóstico/cribado (p. ej., edad al diagnóstico, rendimiento del instrumento) o no disponían de datos comparativos y 7 porque no cumplían con el criterio del periodo temporal establecido. Finalmente se seleccionaron 26 artículos (Véase la Fig. 1).

2.4 Evaluación de la Calidad Metodológica

Para evaluar la calidad metodológica de los estudios incluidos, se utilizó el instrumento *critical review form for quantitative studies* (CRF-QS), desarrollado por Law *et al.* (1998) [7]. Dado el carácter heterogéneo de los diseños incluidos, el CRF-QS se aplicó priorizando criterios comunes a la investigación cuantitativa (claridad del objetivo, descripción de muestra, validez de medidas, adecuación del análisis y consistencia de conclusiones). Aunque herramientas como la Newcastle–Ottawa Scale o riesgo de sesgo en estudios no aleatorizados de intervenciones (ROBINS-I) son habituales en estudios observacionales, se optó por CRF-QS debido a la heterogeneidad metodológica de los estudios incluidos. Esta elección puede limitar la comparabilidad con otras revisiones y se reconoce como una limitación. En los estudios cualitativos, la valoración metodológica se centró en la transparencia del muestreo, procedimiento, análisis y reflexividad, reportando las limitaciones de comparabilidad. Este instrumento comprende 19 criterios específicos, cada uno puntuado de forma dicotómica (1 si se cumple, 0 si no). Los estudios fueron clasificados según su puntuación total, empleando la escala propuesta por Law *et al.* [7]: Puntuación ≤ 11 : Pobre, Puntuación 12–13: Aceptable, Puntuación 14–15: Buena, Puntuación 16–17: Muy buena y Puntuación ≥ 18 : Excelente [7].

Las puntuaciones CRF-QS oscilaron entre 13 y 18 puntos, con una media de 15,7, lo que indica una calidad metodológica global buena–muy buena. En concreto, 2 estudios fueron clasificados como excelentes (≥ 18), 11 como muy buenos (16–17), 12 como buenos (14–15) y 1 como aceptables (12–13). No se identificaron estudios con calidad metodológica pobre

Evaluación del Riesgo de Sesgo

La evaluación del riesgo de sesgo es un proceso fundamental en una revisión sistemática, ya que el sesgo puede distorsionar los resultados y las conclusiones. Para evaluar el riesgo de sesgo se emplearon dominios clásicos de Cochrane, adaptados a estudios no aleatorizados, considerando cómo pueden introducir distorsión sistemática en la selección de participantes, la recogida de datos y la medición de resultados de forma adaptada al tipo de diseño (observacional, psicométrico, cuasi-experimental y cualitativo). En consecuencia, los dominios clásicos se interpretaron del siguiente modo: (a) sesgo de selección, referido a la representatividad y al procedimiento de reclutamiento (p. ej., muestra poblacional vs clínica, criterios de inclusión/exclusión y comparabilidad de grupos); (b) sesgo de realización, entendido como la estandarización del procedimiento de evaluación/recogida de datos y la homogeneidad de condiciones entre participantes; (c) sesgo de detección, relativo a la calidad y consistencia de la medición de variables (instrumentos validados, misma medición en todos los grupos y cegamiento del evaluador cuando fue

posible); (d) sesgo de desgaste, vinculado a pérdidas en el seguimiento y su manejo analítico (especialmente en estudios longitudinales); y (e) sesgo de notificación, asociado a la presentación selectiva de resultados y a la transparencia en outcomes analizados.

La clasificación del riesgo de sesgo se realizó en tres niveles: (1) bajo riesgo, cuando la información metodológica y el diseño reducían la probabilidad de distorsión sistemática; (2) riesgo incierto, cuando la información disponible era insuficiente para juzgar el sesgo; y (3) alto riesgo, cuando existían limitaciones metodológicas claras (p. ej., muestreo altamente sesgado, ausencia de estandarización, mediciones no comparables entre grupos o pérdidas elevadas no controladas).

Finalmente, la síntesis del riesgo de sesgo se elaboró por estudio atendiendo a su diseño, y se incluyó una justificación breve por dominio.

En términos globales, 15 estudios presentaron bajo riesgo de sesgo, 9 riesgo incierto y 2 alto riesgo, principalmente debido a limitaciones en la representatividad muestral, tamaños muestrales reducidos o dependencia exclusiva de datos autoinformados. La evaluación de la calidad metodológica y del riesgo de sesgo fue realizada de forma independiente por la autora de la revisión, mediante juicio experto informado, a partir de la información disponible en los artículos publicados. En la Tabla 2 se detallan los datos extraídos de cada estudio respecto a la calidad metodológica y al riesgo de sesgo [8–33].

La extracción de datos se realizó siguiendo los marcos PECO (inequidades diagnósticas) y, se empleó el marco PECO para el análisis de inequidades diagnósticas y factores asociados, y, cuando correspondía a estudios con intervención, se utilizó el modelo PICO, un PICO complementario para estudios centrados en herramientas tecnológicas o instrumentales (p. ej., cribado, evaluación diagnóstica o sistemas basados en IA). Para cada estudio se registraron de forma sistemática: características de la muestra (tamaño muestral, edad, contexto), variables de exposición/interés (sexo asignado al nacer/género, raza/etnia, nivel socioeconómico, diagnósticos previos como TDAH y/o camouflaging), grupo comparador, outcomes principales y método de medición.

Los resultados se agruparon en cinco bloques: (1) prevalencia y epidemiología, (2) edad al diagnóstico, retraso diagnóstico y tiempos de espera, (3) rendimiento de instrumentos de cribado/diagnóstico y sesgos por subgrupos, (4) propiedades psicométricas e invarianza de medida y (5) evidencia cualitativa sobre barreras, sesgos y experiencia vivida en el proceso diagnóstico.

3. Resultados

Se presentan organizados siguiendo los ejes temáticos que emergen de la revisión llevada a cabo. En la Tabla 3, aparecen detallados los estudios que conforman la revisión [8–33].

Tabla 2. Calidad metodológica (CRF-QS) y riesgo de sesgo de los estudios incluidos.

Estudio	Diseño	CRF-QS	Calidad	Riesgo de sesgo	Justificación
Brian <i>et al.</i> (2016) [8]	Longitudinal prospectivo	17	Muy buena	Bajo	Diagnóstico ciego, seguimiento longitudinal, medidas validadas
Duvekot <i>et al.</i> (2017) [9]	Observacional multicéntrico	16	Muy buena	Bajo	Comparaciones claras por sexo, instrumentos estandarizados
Friedman <i>et al.</i> (2024) [10]	Cualitativo (IPA)	14	Buena	Incierto	Muestra pequeña, pero análisis riguroso y transparente
Goldblum <i>et al.</i> (2024) [11]	Observacional poblacional	17	Muy buena	Bajo	Gran muestra nacional, análisis interseccional robusto
Hegemann <i>et al.</i> (2024) [12]	Psicométrico poblacional	18	Excelente	Bajo	Gran N, AFE/AFC, pruebas de invarianza
Kayış <i>et al.</i> (2026) [13]	Experimental	15	Buena	Incierto	Muestra pequeña, alta precisión pero validación limitada
Kentrou <i>et al.</i> (2019) [14]	Observacional retrospectivo	15	Buena	Incierto	Historia clínica retrospectiva, posible sesgo de recuerdo
Kniola <i>et al.</i> (2026) [15]	Observacional transversal	16	Muy buena	Bajo	Gran cohorte SPARK, análisis predictivos claros
Levante <i>et al.</i> (2025) [16]	Transversal	14	Buena	Incierto	Autoinformes parentales, sin confirmación diagnóstica
McKinney <i>et al.</i> (2024) [17]	Observacional transversal	15	Buena	Incierto	Camouflaging autoinformado, muestra moderada
Morris & Campbell (2025) [18]	Poblacional	16	Muy buena	Bajo	Encuesta nacional, análisis por SES y género
Parish-Morris <i>et al.</i> (2019) [19]	Transversal	15	Buena	Incierto	Dependencia de ADOS tradicional
Peterson <i>et al.</i> (2024) [20]	Retrospectivo	14	Buena	Incierto	Muestra pequeña y desbalanceada por género
Probol & Mieskes (2025) [21]	Observacional exploratorio	13	Aceptable	Alto	Muestra muy pequeña, redes sociales
Rea <i>et al.</i> (2025) [22]	Transversal	15	Buena	Incierto	Clínicas urbanas, limitada generalización
Román-Urrestarazu <i>et al.</i> (2024) [23]	Poblacional	18	Excelente	Bajo	Registros nacionales, metodología robusta
Rutherford <i>et al.</i> (2018) [24]	Cuasi-experimental pre-post	16	Muy buena	Bajo	Indicadores objetivos, mejora estructural
Rutherford <i>et al.</i> (2016) [25]	Retrospectivo	15	Buena	Incierto	Datos reales de servicios, sesgo de derivación
Salomon <i>et al.</i> (2025) [26]	Post-autorización IA	16	Muy buena	Bajo	Métricas claras, gran N
Smith <i>et al.</i> (2024) [27]	Observacional con mediación	16	Muy buena	Bajo	Modelos bien especificados, replicación parcial
Surgent <i>et al.</i> (2025) [28]	Longitudinal neuroimagen	17	Muy buena	Bajo	Diseño longitudinal, medidas objetivas
Thomas <i>et al.</i> (2012) [29]	Epidemiológico	15	Buena	Incierto	Registros antiguos
Tien <i>et al.</i> (2025) [30]	Cualitativo	15	Buena	Incierto	Muestreo intencional, fuerte rigor teórico
Viktorsson <i>et al.</i> (2024) [31]	Longitudinal eye-tracking	17	Muy buena	Bajo	Medidas objetivas tempranas
Wieckowski <i>et al.</i> (2025) [32]	Observacional	15	Buena	Incierto	Pérdida de seguimiento
Zahorodny <i>et al.</i> (2025) [33]	Vigilancia poblacional	16	Muy buena	Bajo	Registros múltiples, vigilancia activa

Tabla 3. Descripción de los estudios seleccionados.

Referencia	Objetivo	Diseño	Muestra (n)	Instrumentos	Resultados
Brian <i>et al.</i> (2016) [8]	Examinar la estabilidad y el cambio diagnóstico del TEA desde los 3 años hasta la mediana infancia, en una cohorte de hermanos/as menores de alto riesgo.	Estudio longitudinal prospectivo con diagnósticos a ciegas mediante mejor estimación clínica.	N = 67 hermanos/as de alto riesgo (edad media en seguimiento: 9,5 años).	Evaluación clínica ciega con best estimate diagnosis; medidas estandarizadas de sintomatología autista, lenguaje receptivo y funcionamiento cognitivo.	Se observó una alta estabilidad diagnóstica global entre los 3 años y la mediana infancia (89,6%; $\kappa = 0,76$). De los niños/as diagnosticados con TEA a los 3 años, el 94,4% mantuvo el diagnóstico. Sin embargo, 6 casos ($\approx 9\%$) fueron diagnosticados más tarde, tras haber sido clasificados como no-TEA a los 3 años. Estos casos presentaban menor sintomatología autista y mejor lenguaje receptivo en la primera evaluación, así como mayores capacidades cognitivas en el seguimiento. Los hallazgos subrayan que algunos perfiles más sutiles pueden emerger con la edad, apoyando la necesidad de seguimiento longitudinal hasta la infancia media, especialmente en población de alto riesgo.
Duvekot <i>et al.</i> (2017) [9]	Analizar si las características conductuales influyen de manera diferencial por sexo en la probabilidad de recibir un diagnóstico de TEA en niños y niñas derivados clínicamente.	Estudio observacional multicéntrico con análisis comparativo y de regresión logística.	N = 231 niños/as derivados (130 con TEA: 106 niños, 24 niñas; 101 sin TEA: 61 niños, 40 niñas), edades 2,5–10 años	Entrevista Developmental, Dimensional and Diagnostic Interview (versión corta); ADOS; CBCL; pruebas de inteligencia (WISC, WPPSI, Bayley).	Los síntomas repetitivos y restringidos reportados por padres fueron menos predictivos de diagnóstico de TEA en niñas que en niños (OR interacción = 0,41). En cambio, los problemas emocionales y conductuales incrementaron más la probabilidad diagnóstica en niñas que en niños (OR interacción = 2,44). No se hallaron diferencias por sexo en la predicción diagnóstica a partir del deterioro autista global, síntomas sensoriales o funcionamiento cognitivo. Los resultados aportan evidencia de sesgo de género en el proceso diagnóstico y ayudan a explicar la infraidentificación del TEA en niñas en contextos clínicos.
Friedman <i>et al.</i> (2024) [10]	Explorar las experiencias vividas de mujeres y personas de género diverso que se autoidentifican como autistas sin diagnóstico formal, y analizar cómo construyen su identidad autista fuera del sistema diagnóstico clínico.	Estudio cualitativo con enfoque fenomenológico interpretativo (IPA).	n = 6 adultos (18–69 años): 4 mujeres, 1 persona no binaria y 1 persona genderfluid/genderqueer.	Entrevistas semiestructuradas individuales en línea; análisis mediante Interpretative Phenomenological Analysis (IPA).	Se identificaron tres temas principales: (1) autodescubrimiento autista, que favorece la autoaceptación y resignificación positiva de la identidad; (2) vivir sin diagnóstico, caracterizado por enmascaramiento, sesgo de género, falta de apoyos formales y autoacomodaciones; y (3) autodiagnóstico y duda, marcada por invalidación externa y cuestionamiento del modelo médico. El autodiagnóstico se describe como una vía empoderadora para construir una identidad autista positiva fuera del paradigma deficitario, especialmente ante barreras de acceso, sesgo de género y desconfianza en los servicios diagnósticos.

Tabla 3. Continuado.

Referencia	Objetivo	Diseño	Muestra (n)	Instrumentos	Resultados
Goldblum <i>et al.</i> (2024) [11]	Analizar cómo interactúan el sexo asignado al nacer, la raza y la etnia para predecir prevalencia y edad al diagnóstico de autismo.	Estudio observacional con análisis secundarios; modelos de regresión lineal jerárquica (enfoque interseccional).	NSCH 2016–2021 (muestra poblacional nacional; el resumen indica prevalencia estimada 1/38).	NSCH 2016–2021; edad al diagnóstico reportada (cuidador) y variables demográficas (sexo asignado, raza, etnia).	Prevalencia estimada: 1/38; razón varón:niña 3,8:1. Se observaron retrasos diagnósticos en algunas niñas/mujeres, especialmente en subgrupos no hispanos (incluyendo blancas, negras y asiáticas). En conjunto, los menores racial/étnicamente minoritarios recibieron diagnósticos más tempranos que los blancos no hispanos, independientemente del sexo. Concluye que el retraso en mujeres está fuertemente asociado a la etnia, y que los patrones de diagnóstico más temprano en minorías pueden relacionarse con factores como diferencias fenotípicas o vías de identificación.
Hegemann <i>et al.</i> (2024) [12]	Examinar las propiedades psicométricas del SCQ en población general, evaluando su estructura factorial y la invarianza de medida según sexo y estatus diagnóstico de autismo.	Estudio psicométrico poblacional con análisis factorial exploratorio (AFE), confirmatorio (AFC) y análisis de invarianza factorial.	AFE: 21,775 niños; AFC: 21,674 niños; con diagnóstico de autismo: 636.	SCQ, versión current completado a los 8 años; registros nacionales de diagnóstico de autismo; datos del Norwegian Mother, Father and Child Cohort Study (MoBa).	Un modelo de 5 factores mostró el mejor ajuste tanto en niños con como sin diagnóstico de autismo, aunque con diferencias cualitativas en el significado de algunos factores entre ambos grupos. El modelo mostró consistencia general entre niños y niñas en población general, apoyando la invarianza por sexo. Los autores advierten que el uso del SCQ como medida de rasgos asociados al autismo en muestras poblacionales debe hacerse con cautela, y recomiendan evaluar la invarianza de otros instrumentos de cribado en contextos similares.
Kayış <i>et al.</i> (2026) [13]	Desarrollar un método objetivo y ecológicamente válido para el diagnóstico del autismo utilizando gafas de punto de vista (POV) y análisis computarizado.	Estudio experimental.	56 niños de 17 a 36 meses, 29 diagnosticados con autismo y 27 controles no autistas.	Gafas POV, OpenFace 2.0, MediaPipe para análisis de contacto visual, sonrisas sociales, respuestas al nombre, y movimiento de cabeza.	Los niños con autismo mostraron un menor contacto visual, menor duración de contacto visual, menor frecuencia de sonrisas sociales, y menor número de respuestas al nombre. Además, presentaron latencias de respuesta más largas y respuestas más cortas. El modelo de AdaBoost logró una precisión del 91,07%, con sensibilidad del 89,65%, especificidad del 92,59%, y precisión del 92,85%.
Kentrou <i>et al.</i> (2019) [14]	Analizar si un diagnóstico previo de TDAH se asocia con un retraso en el diagnóstico de TEA, y explorar diferencias de género en dicho retraso.	Estudio observacional comparativo (análisis retrospectivo de edad de diagnóstico).	La muestra incluyó a 2212 participantes (1009 adultos y 1126 niños). Entre esas personas, 770 (35,3%) eran mujeres.	Entrevistas clínicas estructuradas y revisión de historia diagnóstica (edad de diagnóstico de TDAH y TEA).	Los niños y adolescentes con diagnóstico previo de TDAH recibieron el diagnóstico de TEA una media de 1,8 años más tarde que aquellos con solo TEA. El retraso fue mayor en niñas (2,6 años) que en niños (1,5 años). No se observaron diferencias significativas de género en adultos. Los resultados sugieren que la superposición sintomática entre TDAH y TEA puede enmascarar las características autistas, especialmente en niñas, retrasando el reconocimiento del TEA. Se subraya la necesidad de procedimientos de cribado multidimensionales y multidisciplinares en población con TDAH.

Tabla 3. Continuado.

Referencia	Objetivo	Diseño	Muestra (n)	Instrumentos	Resultados
Kniola <i>et al.</i> (2026) [15]	Analizar cómo los hitos del desarrollo, las variables demográficas y el funcionamiento emocional/conductual predicen la probabilidad de que niñas y mujeres autistas con lenguaje oral alcancen el punto de corte del SCQ, evaluando posibles sesgos en la precisión del cribado.	Estudio observacional transversal con análisis comparativos y modelos predictivos dentro de una cohorte nacional.	5946 niñas y mujeres autistas con lenguaje oral (SPARK). Grupos: cumplen punto de corte SCQ (n = 5186) vs. no cumplen (n = 760).	SCQ; CBCL; datos parentales sobre hitos del desarrollo y variables sociodemográficas (educación parental, raza).	Las niñas con retrasos en hitos motores y control de esfínteres y aquellas con mayor nivel educativo parental tuvieron mayor probabilidad de superar el punto de corte del SCQ. Las puntuaciones clínicas en Problemas de Pensamiento y Problemas de Atención (CBCL) predijeron cribado positivo. La raza, la abstinencia/depresión y los problemas sociales no se asociaron con el estado de cribado. Los resultados indican que las niñas autistas necesitan síntomas más evidentes o retrasos más marcados para ser identificadas mediante cribado, lo que sugiere un sesgo de género en la detección y posibles barreras para el acceso temprano a intervención.
Levante <i>et al.</i> (2025) [16]	Investigar la asociación entre los rasgos autistas, los rasgos internalizantes y externalizantes, la desregulación y la competencia en niños de 18–36 meses.	Estudio transversal con cuestionarios para padres.	361 niños de 18–36 meses, con información de sus madres.	Cuestionarios en línea (Q-CHAT y ITSEA) administrados a madres de niños de 18–36 meses.	Resultados preliminares que muestran que los rasgos autistas, los rasgos externalizantes y la desregulación son más prevalentes en los niños que en las niñas, mientras que las niñas mostraron mayor competencia. Se halló que los rasgos autistas se asociaron positivamente con los rasgos internalizantes, externalizantes y la desregulación, y negativamente con la competencia. Además, los niños mayores mostraron menos rasgos autistas y mayor competencia que los más jóvenes.
McKinney <i>et al.</i> (2024) [17]	Analizar si el camuflaje social está presente ya en la transición a la adolescencia (11–14 años), describir sus componentes (enmascaramiento, compensación y asimilación), examinar el efecto de la edad y explorar su relación con la ansiedad y la depresión en niñas neurodivergentes y neurotípicas.	Estudio observacional transversal con enfoque participativo y transdisciplinario, incluyendo análisis comparativos y modelos de regresión jerárquica.	119 niñas (70 neurodivergentes con diagnóstico de autismo, TDAH y/o DCD; 49 neurotípicas), edad 11–14 años (M ≈ 12 años).	Camouflaging Autistic Traits Questionnaire – Adapted (CAT-Q-A); Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS); Anxiety Scale for Children – ASD (ASC-ASD); cuestionarios parentales (SRS-2, Conners-3, DCDQ).	Las niñas neurodivergentes y neurotípicas mostraron niveles similares de camuflaje en enmascaramiento y compensación, pero las neurodivergentes puntuaron significativamente más alto en asimilación (sentirse “actuando o fingiendo” para encajar). La edad predijo mayores niveles de camuflaje. El camuflaje predijo fuertemente mayores síntomas de ansiedad y depresión en ambos grupos, eliminando el efecto del neurotipo en los modelos. Los resultados indican que el camuflaje emerge tempranamente y constituye un factor de riesgo clave para la salud mental, especialmente relevante para comprender el malestar psicológico en niñas neurodivergentes.
Morris & Campbell (2025) [18]	Investigar las disparidades en el diagnóstico de autismo entre 2016 y 2021 en relación con la raza, el género y el estatus socioeconómico (SES), y determinar si estos factores contribuyen a los retrasos en el diagnóstico.	Estudio observacional basado en datos de encuestas.	225.443 participantes entre 3 y 17 años de edad de la Encuesta Nacional de Salud Infantil de EE. UU. (2016–2021).	Encuestas del Censo de EE. UU., con análisis estadístico de las tasas de diagnóstico y edad de identificación.	2,5% de los niños fueron diagnosticados con autismo. Los varones fueron diagnosticados más frecuentemente que las mujeres (4,3% frente a 1,2%). Las mujeres fueron diagnosticadas más tarde (5,6 años frente a 4,9 años). Las tasas de diagnóstico entre razas fueron similares, con niños blancos diagnosticados más tarde que los negros, hispanos y de otras razas. Los niños en pobreza tuvieron tasas de diagnóstico más bajas (2,7% frente a 4,2% en los que no vivían en pobreza).

Tabla 3. Continuado.

Referencia	Objetivo	Diseño	Muestra (n)	Instrumentos	Resultados
Parish-Morris <i>et al.</i> (2019) [19]	Explorar las diferencias en la medición de los síntomas del autismo en niñas y niños pequeños y cómo esto influye en la identificación temprana.	Estudio transversal.	4550 niños (20–40 meses), con alto o bajo riesgo familiar de desarrollar autismo	Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS).	El estudio encontró que el ADOS no mide los desafíos relacionados con el autismo de manera igualmente efectiva en niñas y niños. Las niñas autistas tienden a ser diagnosticadas más tarde, ya que los instrumentos actuales no capturan bien los síntomas en ellas, especialmente debido a que muchos fueron desarrollados principalmente con niños.
Peterson <i>et al.</i> (2024) [20]	Evaluar las diferencias de género en los efectos de la Terapia de Análisis Conductual Aplicado (ABA) sobre objetivos y características conductuales en individuos con TEA.	Estudio retrospectivo.	100 participantes (89 niños y 4 adultos).	Análisis funcional, entrenamientos de prueba discreta, entrenamiento en masa, entrenamiento naturalista, software Catalyst.	No se encontraron diferencias significativas en los resultados según el género en las nueve variables examinadas (porcentaje de objetivos dominados, días de enseñanza, etc.). Esto sugiere que los tratamientos ABA podrían ser igualmente efectivos para ambos géneros.
Probol & Mieskes (2025) [21]	Crear un conjunto de datos reproducible de datos de habla y transcripciones de mujeres y hombres en el espectro autista.	Estudio observacional con recolección de datos de redes sociales.	14 mujeres y 4 hombres autistas.	Recolecta videos y transcripciones de habla, usando herramientas de transcripción automática (Whisper de OpenAI).	Se recolectaron 2641 videos de mujeres y 765 de hombres autistas. La longitud media de los videos fue mayor para los hombres (8:26) que para las mujeres (6:25). La investigación mostró que la mayoría de los creadores autistas usan las redes sociales para compartir experiencias relacionadas con el autismo, y se etiquetaron anomalías en el habla como ecolalia y repeticiones.
Rea <i>et al.</i> (2025) [22]	Comparar una muestra de pacientes pediátricos con diagnóstico de TEA en atención primaria con la población general de la clínica y analizar las características del niño y del cuidador asociadas con la edad de diagnóstico.	Estudio transversal.	Pacientes con diagnóstico de TEA entre marzo de 2018 y febrero de 2022, de dos clínicas de atención primaria urbanas.	Revisión de historias médicas, análisis χ^2 , regresión lineal bivariada y multivariada.	Los pacientes diagnosticados con TEA eran más propensos a ser varones, hispanos, tener seguro público y ser médicamente complejos que la población general. Se asoció una mayor educación materna en el grupo con TEA. Las variables asociadas con una edad temprana de diagnóstico incluyeron conexión con intervención temprana (EI), mayor puntuación en M-CHAT, mayor continuidad en la atención y tener seguro comercial. No se encontraron asociaciones significativas con raza/etnia ni con el Índice de Vulnerabilidad Social.
Román-Urrestarazu <i>et al.</i> (2024) [23]	Estimar la prevalencia del TEA en Chile a nivel escolar, utilizando registros de salud y análisis bayesiano, y analizar las necesidades no cubiertas de educación especial en niños de 6 a 18 años.	Estudio observacional con análisis bayesiano de registros de salud electrónicos y datos escolares.	3 millones de niños en edad escolar (6–18 años).	Registros electrónicos de salud del Servicio de Salud Araucanía Sur (SSAS). Análisis bayesiano para proyectar prevalencias nacionales y por región.	Prevalencia escolar nacional ajustada por edad y sexo del 0,46% (IC 95%: 0,46%–0,47%). Prevalencia clínica ajustada en SSAS del 1,22% (IC 95%: 1,16%–1,28%). Prevalencia nacional proyectada utilizando el análisis bayesiano del 1,31% (IC 95%: 1,25%–1,38%). Se encontraron disparidades en la prevalencia de TEA por sexo, etnia, servicios de salud y ruralidad. Los varones tienen 6 veces más probabilidades de ser diagnosticados que las mujeres (OR 6,10 [IC 95%: 5,82–6,41]).

Tabla 3. Continuado.

Referencia	Objetivo	Diseño	Muestra (n)	Instrumentos	Resultados
Rutherford <i>et al.</i> (2018) [24]	Evaluar el impacto de un programa de mejora de servicios sanitarios en la reducción de tiempos de espera y la calidad del proceso diagnóstico del TEA en población infantil, así como su efecto en la identificación de niñas.	Estudio experimental de mejora de servicios clínicos.	cuasi-pre-post Niños derivados para evaluación diagnóstica de TEA en un servicio clínico pediátrico (cohorte pre-post de mejora del servicio).	Revisión de indicadores de proceso clínico (tiempos de espera desde derivación a primera cita y a comunicación diagnóstica), análisis estadístico pre-post; implementación de vías diagnósticas basadas en la evidencia, recogida sistemática de datos clínicos y formación profesional.	Se observaron reducciones significativas en los tiempos de espera: de 14,2 a 10,4 semanas entre derivación y primera cita, y de 270 a 122,5 días entre derivación y comunicación del diagnóstico. Tras la mejora del servicio, aumentó la proporción de niñas identificadas, pasando de una ratio 5,6:1 a 2,7:1 (niños:niñas), sugiriendo que mejoras estructurales del sistema diagnóstico pueden reducir el sesgo de género. Los resultados apoyan el valor de modelos diagnósticos eficientes, estandarizados y formados para mejorar el acceso y la equidad.
Rutherford <i>et al.</i> (2016) [25]	Analizar la proporción de género, la edad de derivación y diagnóstico, y la duración de la evaluación diagnóstica en niños y adultos con TEA en servicios clínicos reales.	Estudio retrospectivo observacional basado en revisión de historias clínicas.	N = 150 niños y adultos diagnosticados recientemente con TEA.	Revisión de notas clínicas y registros diagnósticos de servicios de evaluación de TEA.	La proporción de género fue menor de lo esperado y disminuyó con la edad, sugiriendo infradiagnóstico femenino en etapas tempranas. Las niñas fueron derivadas y diagnosticadas significativamente más tarde que los niños. No se encontraron diferencias en la duración de la evaluación diagnóstica entre sexos, lo que indica que los retrasos en mujeres ocurren antes de la derivación, no durante el proceso evaluativo. Los resultados apoyan la hipótesis de reconocimiento tardío del TEA en niñas y señalan la necesidad de mejorar la detección precoz.
Salomon <i>et al.</i> (2025) [26]	Evaluar el desempeño real de Canvas Dx, un diagnóstico basado en IA para la detección de autismo en niños.	Estudio de análisis de datos agregados post-autorización.	254 niños con sospecha de retraso en el desarrollo.	Canvas Dx (app para padres, cuestionarios de comportamiento, videos del niño, y portal web para clínicos).	El dispositivo mostró un valor predictivo negativo (NPV) del 97,6% y un valor predictivo positivo (PPV) del 92,4%. El 63% de los casos recibieron resultados determinantes. La sensibilidad fue 99,1% y la especificidad 81,6%. Los resultados mostraron que Canvas Dx permitió un diagnóstico de autismo más de 2 años antes que la edad media actual de diagnóstico. El rendimiento fue similar al de los ensayos clínicos previos, con mejoras en la tasa de resultados determinantes y el PPV. No hubo diferencias significativas por sexo ni por grupo de edad en cuanto a rendimiento, aunque los niños menores de 48 meses mostraron una mayor PPV.
Smith <i>et al.</i> (2024) [27]	Analizar las relaciones entre edad de diagnóstico de autismo, sexo asignado al nacer y síntomas ansioso-depresivos, evaluando si la edad de diagnóstico media el efecto del sexo sobre la psicopatología.	Estudio observacional (análisis secundario) con modelos de mediación por regresión en dos muestras (clínica y de investigación).	Clínica: n = 1035 (22,9% AFAB). Investigación (balanceada por sexo): n = 128 (43% AFAB).	Datos de edad de diagnóstico + medidas/cuestionarios de ansiedad y depresión (síntomas ansioso-depresivos) analizados mediante modelos de mediación.	En ambas muestras, mayor edad de diagnóstico predijo más síntomas de ansiedad y depresión. El sexo no predijo directamente la ansiedad. En la muestra clínica, AFAB fue diagnosticado más tarde que AMAB y hubo efecto indirecto significativo: AFAB → diagnóstico más tardío → más síntomas ansioso-depresivos. En la muestra de investigación, el sexo sí predijo depresión (solo allí) y no se replicó la mediación por edad diagnóstica. Implica relevancia clínica del timing diagnóstico, especialmente para AFAB.

Tabla 3. Continuado.

Referencia	Objetivo	Diseño	Muestra (n)	Instrumentos	Resultados
Surgent <i>et al.</i> (2025) [28]	Investigar cómo el diagnóstico de autismo y el sexo asignado al nacer influyen en las asociaciones entre el estriado dorsal y el desarrollo motor fino en niños autistas y no autistas.	Estudio longitudinal.	356 niños (234 autistas; 128 niñas) en el primer tiempo; 195 niños en el seguimiento (113 autistas; 76 niñas).	Evaluación del motor fino (VABS-II), imágenes de resonancia magnética (RM) (T1 y difusión).	Se observaron asociaciones significativas entre habilidades motoras finas y volúmenes de putamen, especialmente en niños autistas. En las niñas autistas, mayores volúmenes del putamen se asociaron con peores habilidades motoras finas, mientras que en los niños autistas se observó lo contrario. Las asociaciones también fueron observadas con la microestructura corticostriatal, especialmente en las niñas autistas, donde estas medidas predijeron el desarrollo motor fino a largo plazo.
Thomas <i>et al.</i> (2012) [29]	Examinar la asociación entre el estatus socioeconómico (SES) y la prevalencia del TEA, así como diferencias en edad de diagnóstico y acceso a evaluaciones profesionales.	Estudio epidemiológico observacional basado en registros poblacionales y análisis multivariable.	N = 586 niños/as con TEA (niños de 8 años).	Revisión de registros escolares y médicos; datos del Censo de EE. UU. (2000) para ingresos medios por hogar; análisis estadístico multivariable.	La prevalencia del TEA fue mayor en sectores de mayor nivel socioeconómico (17,2/1000 en áreas con ingresos >90.000 \$ frente a 7,1/1000 en áreas ≤30.000 \$). La razón de prevalencia entre los sectores más altos y más bajos fue de 2,2 tras ajustar por covariables. En áreas de mayor SES se realizaron más evaluaciones profesionales y el diagnóstico fue más temprano, aunque con gran solapamiento entre niveles de SES. Los resultados sugieren que las diferencias en prevalencia reflejan en parte desigualdades en el acceso a servicios diagnósticos, más que diferencias reales en incidencia.
Tien <i>et al.</i> (2025) [30]	Explorar cómo el estereotipo masculino del autismo (y las expectativas de género/socialización) influye en la trayectoria diagnóstica de personas autistas adultas, especialmente en quienes no fueron socializadas como varones, incluyendo sesgos clínicos, familiares y estrategias de supresión/camulflaje.	Estudio cualitativo mediante entrevistas; análisis temático reflexivo apoyado en teorías de socialización de género y modelos feministas de discapacidad.	24 adultos autistas: 14 genderqueer, 8 mujeres y 2 hombres.	Entrevistas semiestructuradas (formato no detallado en el resumen); análisis temático reflexivo (reflexive thematic analysis).	Los temas muestran que el diagnóstico se apoya en una representación implícitamente masculina del autismo, que no recoge las dificultades de quienes fueron socializadas como mujeres. Clínicos y familiares tienden a interpretar los síntomas de forma diferencial en personas no masculinas, contribuyendo a diagnósticos tardíos o ausentes. La socialización femenina favorece la supresión de rasgos autistas (p. ej., camulflaje/ajuste conductual), lo que reduce el reconocimiento clínico y refuerza el sesgo diagnóstico.

Tabla 3. Continuado.

Referencia	Objetivo	Diseño	Muestra (n)	Instrumentos	Resultados
Viktorsson <i>et al.</i> (2024) [31]	Analizar las dinámicas temporales de la mirada social en niños de 18 meses posteriormente diagnosticados de autismo, al observar interacciones sociales naturales entre otros niños.	Estudio prospectivo con eye-tracking, comparando grupos según probabilidad diagnóstica y diagnóstico posterior.	longitudinal N = 98 niños: bajo riesgo (n = 22), riesgo elevado sin diagnóstico posterior (n = 60), riesgo elevado con diagnóstico posterior de autismo (n = 16).	Eye-tracking en tarea de observación de vídeos de interacción social naturalista; evaluación diagnóstica de autismo a los 36 meses.	Los niños con bajo riesgo mostraron un aumento esperado de la mirada al rostro de la niña tras la petición del juguete, reflejando sensibilidad al contexto social. Los niños que posteriormente fueron diagnosticados de autismo mostraron una menor asignación temporal de la mirada al rostro relevante en ese momento social clave, en comparación con los otros grupos. Los resultados evidencian alteraciones tempranas en la sincronización de la atención social, más que una ausencia global de mirada social, y subrayan la importancia de analizar la dinámica temporal de la mirada en contextos cotidianos.
Wieckowski <i>et al.</i> (2025) [32]	Identificar los factores que predicen la asistencia a la evaluación diagnóstica después de un cribado positivo para el autismo.	Estudio observacional en dos estudios de cribado a gran escala.	895 niños de estudios de cribado en atención primaria.	Cuestionarios de cribado de autismo, entrevistas con familias, y seguimiento de asistencia a evaluaciones diagnósticas.	La asistencia a la evaluación varió significativamente entre los dos estudios, pero no hubo diferencias según el sexo, la raza, la etnia o la educación materna. La edad al momento del cribado fue un predictor significativo, con una mayor asistencia a las evaluaciones cuando el cribado positivo se realizó a los 18 meses (57%) en comparación con los 12 meses (38%) o 15 meses (30%). Los niños que completaron la evaluación mostraron puntuaciones más altas en el cribado en comparación con aquellos que no asistieron ($t > 1,798, p < 0,038$).
Zahorodny <i>et al.</i> (2025) [33]	Estimar la prevalencia del TEA en 2006 en el área metropolitana de Nueva Jersey y analizar los cambios en prevalencia y características demográficas entre 2002 y 2006.	Estudio epidemiológico poblacional de vigilancia longitudinal.	Cohortes poblacionales de niños nacidos en 1994 (n = 28.936) y 1998 (n = 30.570). Total población vigilada ≈ 59.500 ; casos TEA identificados: n = 533.	Revisión de registros educativos y sanitarios, vigilancia poblacional de TEA y criterios diagnósticos clínicos documentados.	La prevalencia de TEA aumentó significativamente de 10,6/1000 en 2002 a 17,4/1000 en 2006 ($p < 0,001$). El incremento fue generalizado en subtipos y grupos demográficos. La razón niño:niña fue cercana a 5:1. La prevalencia fue mayor en niños blancos que en otros grupos étnicos. Los autores sugieren que el aumento puede estar relacionado con mejor detección y concienciación, aunque no se descartan otros factores. Se destaca la necesidad de mayores recursos asistenciales.

ADOS, autism diagnostic observation schedule; CBCL, child behavior checklist; WISC, wechsler intelligence scale for children; WPPSI, wechsler preschool and primary scale of intelligence; NSCH, national survey of children's health; AFE, análisis factorial exploratorio; AFC, análisis factorial confirmatorio; TDAH, trastorno por déficit de atención con hiperactividad; DCD, developmental coordination disorder; Q-CHAT, quantitative checklist for autism in toddlers; ITSEA, infant-toddler social and emotional assessment; RCADS, revised child anxiety and depression scale; DCDQ, developmental coordination disorder questionnaire; AFAB, assigned female at birth (asignada mujer al nacer).

Los 26 estudios incluidos muestran una evidencia convergente de inequidades diagnósticas, así como limitaciones de los instrumentos actuales para captar perfiles femeninos o menos externalizantes. A continuación, los resultados se presentan de forma integrada según los bloques temáticos definidos.

3.1 Prevalencia y Epidemiología

Los estudios epidemiológicos y poblacionales coinciden en una mayor prevalencia de diagnóstico de TEA en varones, con razones niño:niña que oscilan entre 3,8:1 y 6:1, dependiendo del contexto y la fuente de datos [8,11,17,22,27,33]. Estas diferencias se observaron tanto en estudios de vigilancia poblacional como en análisis de encuestas nacionales y registros sanitarios.

No obstante, varios trabajos sugieren que estas ratios reflejan en parte diferencias en el acceso, la detección y las vías diagnósticas, más que diferencias reales en incidencia. En este sentido, Thomas *et al.* [29] y Morris y Campbell [18] mostraron que los niños de contextos socioeconómicos más favorecidos presentan mayores tasas de diagnóstico y edades de identificación más tempranas, mientras que la pobreza se asocia con una menor probabilidad de diagnóstico [27]. De forma complementaria, Román-Urrestarazu *et al.* [23] identificaron disparidades por sexo, etnia y ruralidad en un contexto latinoamericano, reforzando la dimensión estructural de estas inequidades.

3.2 Edad al Diagnóstico, Retraso Diagnóstico y Tiempos de Espera

De manera consistente, los estudios que analizaron la edad de diagnóstico evidenciaron retrasos diagnósticos significativos en niñas y personas AFAB (Assigned Female At Birth, asignada mujer al nacer), tanto en muestras clínicas como poblacionales [14,18,19,21]. Este retraso se asocia a trayectorias clínicas más complejas y a una mayor carga psicopatológica posterior.

Kentrou *et al.* [14] mostraron que la presencia de un diagnóstico previo de TDAH retrasa el diagnóstico de TEA, especialmente en niñas, lo que apunta a un fenómeno de enmascaramiento diagnóstico por comorbilidad. De forma similar, Brian *et al.* [8] evidenciaron que algunos perfiles más sutiles no son identificados en etapas tempranas y emergen solo tras un seguimiento longitudinal, apoyando la necesidad de evaluaciones continuadas, particularmente en poblaciones de riesgo.

Desde una perspectiva de servicios, Rutherford *et al.* [24] demostraron que la implementación de mejoras estructurales en las vías diagnósticas reduce significativamente los tiempos de espera y aumenta la identificación de niñas, sugiriendo que parte del sesgo es modificable a nivel del sistema sanitario [19].

3.3 Rendimiento de Instrumentos de Cribado y Diagnóstico y Sesgos por Subgrupos

Un conjunto relevante de estudios señala que los instrumentos de cribado y diagnóstico actuales no captan con la misma sensibilidad los perfiles femeninos de autismo. Duvekot *et al.* [9] mostraron que los síntomas repetitivos y restringidos son menos predictivos del diagnóstico en niñas, mientras que los problemas emocionales y conductuales influyen más en la probabilidad diagnóstica femenina. En la misma línea, Kniola *et al.* [15] evidenciaron que las niñas necesitan retrasos del desarrollo más marcados o mayor carga sintomática para superar los puntos de corte del SCQ.

Los estudios centrados en la medición directa reforzaron estos hallazgos. Parish-Morris *et al.* [19] indicó que el ADOS no mide de forma equivalente los desafíos autistas en niñas pequeñas, contribuyendo a diagnósticos más tardíos [18]. En contraste, herramientas emergentes basadas en tecnología mostraron resultados prometedores: Kayış *et al.* [13] y Salomon *et al.* [26] informaron altos niveles de precisión diagnóstica mediante sistemas basados en IA, sin diferencias significativas por sexo, lo que sugiere un potencial para reducir sesgos humanos en fases tempranas del proceso diagnóstico [25].

3.4 Propiedades Psicométricas e Invarianza de Medida

Los estudios psicométricos incluidos aportaron evidencia clave sobre las limitaciones estructurales de los instrumentos actuales. Hegemann *et al.* [12] demostraron que, aunque el SCQ presenta invarianza por sexo a nivel poblacional, existen diferencias cualitativas en la estructura factorial entre niños con y sin diagnóstico de autismo, lo que cuestiona su uso como medida continua de rasgos autistas en población general.

De forma complementaria, Levante *et al.* [16] observaron diferencias tempranas en la expresión de rasgos autistas, internalizantes y externalizantes según el sexo en la primera infancia, lo que sugiere que las trayectorias de desarrollo ya difieren antes del momento habitual de identificación clínica. Estos resultados apoyan la hipótesis de que los criterios y herramientas actuales están más alineados con fenotipos masculinos externalizantes [16].

3.5 Evidencia Cualitativa Sobre Barreras, Sesgos y Experiencia Vivida

Los estudios cualitativos aportaron una comprensión profunda de los mecanismos subyacentes al sesgo diagnóstico. Friedman *et al.* [10] y Tien *et al.* [30] describieron cómo el estereotipo masculino del autismo, junto con las normas de socialización femenina, favorece el camuflaje y la supresión de rasgos autistas, dificultando el reconocimiento clínico y promoviendo el autodiagnóstico como vía alternativa de validación identitaria [29].

Estos hallazgos se integran con la evidencia cuantitativa sobre camouflaging en la adolescencia: McKinney *et al.* [17] mostraron que el camuflaje emerge temprana-

mente y se asocia de forma robusta con ansiedad y depresión, independientemente del neurotipo. Asimismo, Smith *et al.* [27] evidenciaron que una mayor edad de diagnóstico media la relación entre ser AFAB y presentar mayor sintomatología ansioso-depresiva, subrayando el impacto clínico del retraso diagnóstico [26].

Finalmente, estudios como Wieckowski *et al.* [32] y Rea *et al.* [22] mostraron que, una vez superadas las barreras iniciales de acceso, no existen diferencias sustanciales por sexo en la asistencia a evaluaciones o en el proceso evaluativo en sí, lo que refuerza la idea de que el sesgo se produce principalmente antes de la derivación y durante la identificación inicial [21,31].

4. Discusión

Los hallazgos de esta revisión sistemática indican que el sesgo de género en el diagnóstico del TEA es un fenómeno consistente que combina la interacción entre características fenotípicas, prácticas de evaluación y factores contextuales. A través de los 26 estudios incluidos se observa que las mujeres y personas asignadas femenino al nacer tienden a presentar perfiles menos externalizantes y mayores estrategias de camuflaje social, lo que reduce su probabilidad de ser identificadas mediante los procedimientos diagnósticos habituales. Estas diferencias entre hombres vs mujeres reflejan la falta de herramientas y criterios clínicos actualizados para identificar a las mujeres dentro del espectro. La importancia del diagnóstico precoz reside en la mejoría del pronóstico del mismo. Por tanto, las mujeres dentro del espectro presentan mayores probabilidades de presentar comorbilidades relacionadas con la salud mental, una menor presencia de autismo, sino limitaciones en la capacidad de los criterios y herramientas actuales para captar adecuadamente estos perfiles, lo que se traduce en retrasos diagnósticos, infraidentificación y trayectorias diagnósticas más complejas en comparación con los varones [34].

Un elemento central que atraviesa la mayoría de los estudios revisados es el papel del camuflaje social y de los perfiles fenotípicos menos prototípicos en la detección del TEA en mujeres [35,36]. La evidencia muestra que, desde edades tempranas, las niñas pueden desplegar estrategias de compensación, enmascaramiento y asimilación social que atenúan la visibilidad clínica de las dificultades nucleares del autismo, especialmente en contextos estructurados de evaluación. Estas estrategias, aunque funcionales a corto plazo, contribuyen a que las herramientas de cribado y diagnóstico—desarrolladas mayoritariamente a partir de muestras masculinas— presenten menor sensibilidad para identificar el TEA en población femenina, como reflejan los estudios psicométricos e instrumentales incluidos. De este modo, el retraso diagnóstico no puede atribuirse únicamente a factores individuales, sino que responde a un desajuste entre el fenotipo femenino del autismo y los modelos

diagnósticos dominantes (Ketelaars *et al.*, 2017 [37]; Lewis *et al.*, 2021 [38]).

Con el fin de integrar estos hallazgos y ofrecer un marco explicativo comprensivo, la Fig. 2 presenta un modelo conceptual que sintetiza los principales mecanismos implicados en el sesgo de género en el diagnóstico del TEA, incorporando factores individuales, instrumentales y contextuales a lo largo de la trayectoria diagnóstica.

A partir de este modelo, los resultados sugieren que los factores instrumentales desempeñan un papel clave en la perpetuación del sesgo de género. Diversos estudios muestran que las herramientas de cribado y diagnóstico más utilizadas (p. ej., SCQ, ADOS, M-CHAT) presentan limitaciones para detectar perfiles autistas femeninos, especialmente en niñas y mujeres con lenguaje oral y capacidad cognitiva media o alta [37,38]. En este sentido, los estudios psicométricos indican que, aunque algunos instrumentos mantienen una estructura factorial estable por sexo, su rendimiento diagnóstico depende de la presencia de síntomas más visibles o externalizantes, lo que sitúa a muchas niñas por debajo de los puntos de corte clínicos [39]. Este patrón refuerza la idea de que la ausencia de invarianza funcional en la práctica clínica—más allá de la invarianza estadística—contribuye a la infraidentificación del TEA en mujeres, especialmente cuando el camuflaje social reduce la expresión observable de los síntomas nucleares.

De forma complementaria, los factores contextuales y del sistema diagnóstico emergen como moduladores críticos de la trayectoria diagnóstica. La evidencia cualitativa y observacional señala cómo los estereotipos de género, expectativas normativas y sesgos implícitos tanto en profesionales como en familias, tienden a interpretar de manera diferencial las mismas conductas en función de si la persona pertenece al sexo femenino o masculino [40]. Asimismo, variables como el nivel socioeconómico, la raza/etnia y la existencia de diagnósticos previos—particularmente TDAH o trastornos internalizantes—interactúan con el género para retrasar o desviar el proceso diagnóstico [41]. Estos datos son compatibles con una lectura interseccional del sesgo diagnóstico, en la que las desigualdades no se distribuyen de forma homogénea, sino que se intensifican en determinados subgrupos de mujeres autistas.

Finalmente, los estudios longitudinales y de salud mental incluidos en la revisión ponen de relieve las consecuencias clínicas y psicosociales de estas trayectorias diagnósticas prolongadas. El retraso en el reconocimiento del TEA se asocia de manera consistente con mayores niveles de ansiedad, depresión y malestar psicológico, así como con un mayor recurso al autodiagnóstico en la edad adulta como estrategia de comprensión identitaria [37,38]. Tal como ilustra el bucle de retroalimentación negativa del modelo conceptual, la invisibilidad clínica refuerza el camuflaje, y este, a su vez, perpetúa la falta de reconocimiento diagnóstico. En conjunto, estos resultados subrayan la necesidad de revisar críticamente los modelos diagnósticos actuales y

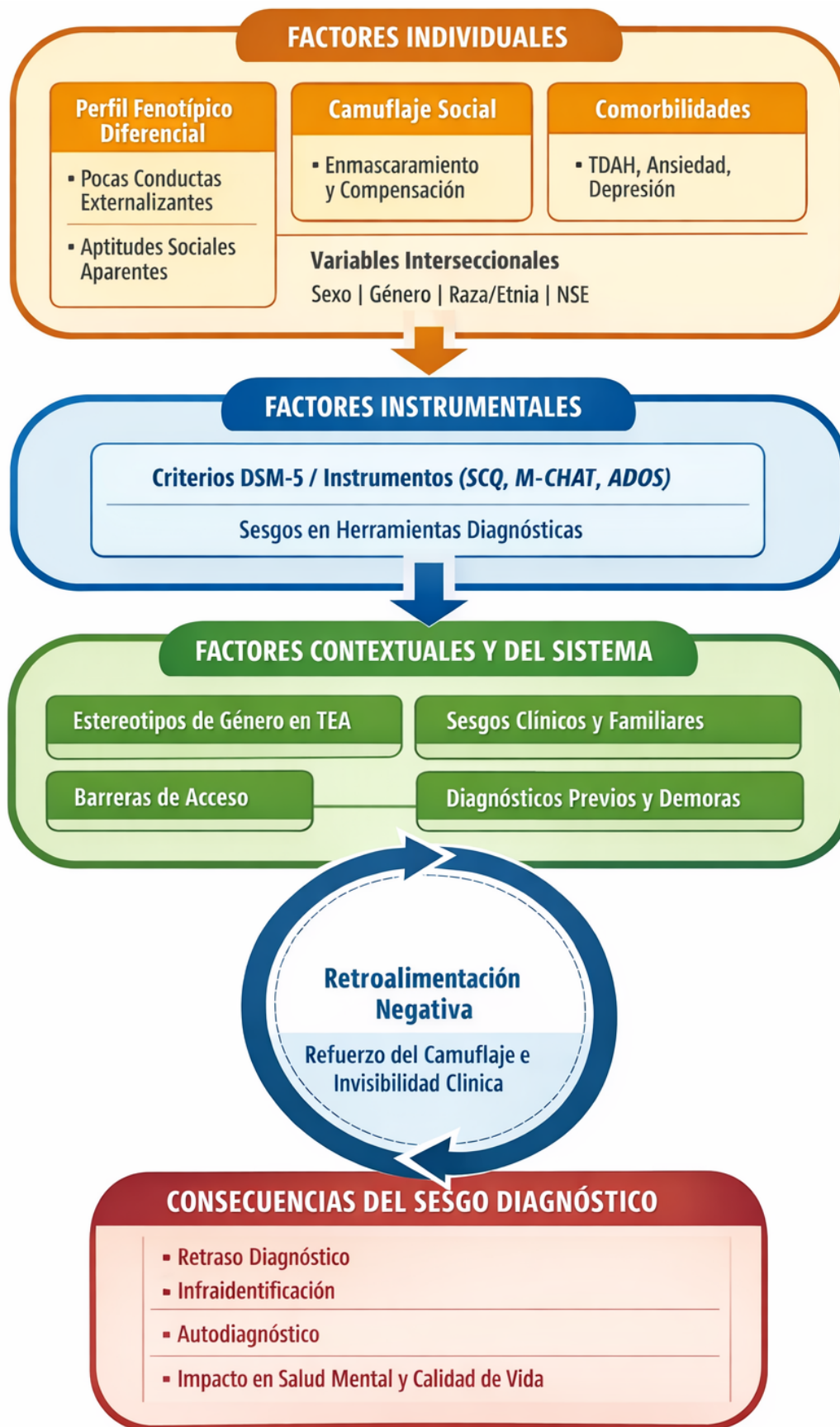


Fig. 2. Principales mecanismos implicados en el sesgo de género en el diagnóstico del TEA: factores individuales, instrumentales y contextuales a lo largo de la trayectoria diagnóstica.

avanzar hacia enfoques más sensibles al género, que integren perfiles fenotípicos diversos, evaluación multimétodo y una formación clínica explícita en sesgos de género e interseccionalidad. Esto refuerza la necesidad de desarrollar herramientas diagnósticas sensibles a la presentación fenotípica, tal como han propuesto Kirkovski *et al.* [41].

Limitaciones y Futuras Líneas de Investigación

Esta revisión presenta varias limitaciones que conviene considerar al interpretar los hallazgos. En primer lugar, la evidencia incluida es altamente heterogénea en diseños (observacionales, psicométricos, cualitativos y tecnológicos), poblaciones, instrumentos y outcomes, lo que limita la comparabilidad directa entre estudios y dificulta la realización de síntesis cuantitativas o un metaanálisis. Además, aunque el proceso de selección se reportó siguiendo la estructura PRISMA, la revisión no contó con registro prospectivo del protocolo, lo cual podría aumentar el riesgo de sesgo en decisiones analíticas a posteriori (p. ej., ajustes en criterios o en la agrupación de resultados).

En segundo lugar, la búsqueda se realizó en bases de datos centradas en psicología y educación (APA PsycInfo, ERIC, Dialnet y PsicoDoc), sin incluir plataformas multidisciplinares como Scopus o Web of Science, lo que puede haber reducido la identificación de algunos estudios internacionales y, por tanto, limitar parcialmente la generalización de los resultados a otros contextos disciplinares y geográficos. En tercer lugar, y atendiendo a la naturaleza del fenómeno estudiado, es importante señalar que, si bien una revisión sistemática permite integrar evidencia y detectar patrones convergentes, otros diseños de síntesis podrían complementar o profundizar en determinados aspectos del sesgo de género. Por ejemplo, un metaanálisis (cuando exista suficiente homogeneidad de outcomes) permitiría estimar tamaños de efecto sobre retraso diagnóstico o rendimiento de instrumentos; una scoping review podría mapear con mayor amplitud la literatura emergente y gris; y una revisión realista o basada en teoría (realist review) sería especialmente útil para explicar *qué funciona, para quién y en qué contextos* en la reducción de inequidades diagnósticas. Del mismo modo, enfoques mixed-methods podrían integrar de forma más sistemática la evidencia cuantitativa y cualitativa sobre camuflaje, barreras del sistema y consecuencias en salud mental.

Desde una perspectiva clínica y de salud pública, estos resultados subrayan la necesidad de avanzar hacia enfoques diagnósticos más sensibles al género y a la interseccionalidad, que incorporen evaluación longitudinal, multimétodo y contextualizada, así como formación específica de los profesionales en sesgos implícitos y variabilidad fenotípica. Asimismo, refuerzan la urgencia de desarrollar y validar herramientas diagnósticas capaces de captar de forma más precisa los perfiles femeninos del autismo, con el fin de reducir los retrasos diagnósticos y sus consecuencias emocionales asociadas. Abordar estas limitaciones consti-

tuye un paso imprescindible para garantizar un acceso equitativo al diagnóstico, a los apoyos y a las intervenciones tempranas, y para promover una comprensión más inclusiva y ajustada del espectro autista en toda su diversidad.

Cabe destacar que, esta revisión sistemática no fue registrada prospectivamente en PROSPERO u OSF, lo que constituye una limitación metodológica. No obstante, los criterios de inclusión, la estrategia de búsqueda y los outcomes fueron definidos a priori y aplicados de forma consistente durante todo el proceso. La exclusión de bases de datos biomédicas multidisciplinares como PubMed/MEDLINE o Web of Science puede haber limitado la identificación de algunos estudios internacionales, especialmente del ámbito neurológico y biomédico.

5. Conclusión

En síntesis, los resultados de esta revisión ponen de relieve que el sesgo de género en el diagnóstico del TEA constituye un fenómeno estructural, sostenido por la convergencia de perfiles fenotípicos menos prototípicos, prácticas evaluativas insuficientemente sensibles y contextos socioculturales atravesados por expectativas de género. Todo esto, también ha sido reflejado en diversos estudios, especificando que lejos de reflejar menor prevalencia del TEA en mujeres, los modelos diagnósticos actuales tienden a invisibilizar determinadas formas de expresión del autismo, favoreciendo trayectorias diagnósticas más tardías y complejas [42]. En relación con el primer objetivo, la literatura revisada muestra una desproporción diagnóstica persistente por sexo/género, modulada por el contexto y las fuentes de identificación, lo que apunta a inequidades en detección y acceso. Respecto al segundo objetivo, los estudios identifican un retraso diagnóstico en niñas y personas AFAB, especialmente cuando coexisten comorbilidades (p. ej., TDAH o sintomatología internalizante) o cuando el perfil es de mayor funcionamiento y menor externalización. En cuanto al tercer objetivo, la revisión evidencia que varios instrumentos clásicos de cribado/diagnóstico presentan escasa sensibilidad ante perfiles femeninos con menos síntomas comunes esperables en este diagnóstico, lo que puede situar a muchas niñas por debajo de puntos de corte pese a dificultades clínicas que el entorno próximo puede llegar a percibir; en paralelo, herramientas tecnológicas emergentes muestran potencial para reducir sesgos, aunque requieren validación independiente y análisis de equidad. En el cuarto objetivo, la evidencia psicométrica disponible subraya la necesidad urgente de detectar la diferencia real por sexo/género. La base de la muestra de la literatura científica sitúa al autismo en un diagnóstico claramente masculino. Lo que parece haber claro entre las investigaciones actuales es que: las niñas con TEA existen, pero aún no tienen la visibilidad ni la investigación suficiente como para proceder aún diagnóstico clínico confirmado (concretamente las que se sitúan en el Nivel 1/sin discapacidad intelectual). Finalmente, atendiendo al quinto objetivo, los estudios cualita-

tivos indican que el camuflaje social, los estereotipos y las barreras del sistema contribuyen al infra/retraso diagnóstico y se asocian a mayor malestar emocional, reforzando la necesidad de una lectura interseccional del fenómeno. El diagnóstico de un trastorno del neurodesarrollo tiene que ir más allá de una etiqueta clínica que encuadra una sintomatología, el diagnóstico tiene que realizarse para realizar intervenciones que mejoren el pronóstico y mejoran la calidad de vida de las personas que lo presentan. Esta falta de diagnóstico en las niñas, adolescentes y mujeres hacen que sean un colectivo más vulnerable a presentar trastornos relacionados con la salud mental. En conjunto, estos resultados apoyan la necesidad de avanzar hacia enfoques diagnósticos multimétodo, longitudinales y sensibles al género, que incorporen formación explícita en sesgos, evaluación contextual y herramientas adaptadas a la diversidad fenotípica, con el objetivo último de garantizar un acceso equitativo a diagnóstico y apoyos.

Disponibilidad de Datos y Materiales

Los datos extraídos están disponibles previa solicitud razonable a la autora correspondiente.

Contribuciones de los Autores

AMT concibió y diseñó el estudio, realizó la investigación, analizó los datos y redactó el manuscrito. La autora revisó y aprobó la versión final del manuscrito. La autora acepta ser responsable de todos los aspectos del trabajo.

Aprobación Ética y Consentimiento Informado

No aplicable.

Agradecimientos

No aplicable.

Financiación

Esta investigación no recibió financiación externa.

Conflicto de Intereses

El autor declara no tener conflictos de interés.

Material Suplementario

El material suplementario asociado con este artículo se puede encontrar, en la versión en línea, en <https://doi.org/10.31083/RN49367>.

Referencias

- [1] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th edn. American Psychiatric Association: Washington (DC). 2022.
- [2] Plaza Sanz M. Informe sobre los datos de alumnado no universitario con trastorno del espectro del autismo. Curso 2022–2023. Madrid: Confederación Autismo España. 2024. Available at: https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=8909 (Accessed: 10 December 2025).

- [3] Centers for Disease Control and Prevention. Autism spectrum disorder (ASD). Atlanta (GA): CDC. 2024. Available at: <https://www.cdc.gov/autism> (Accessed: 15 January 2026).
- [4] Miranda ÉOP, Chagas LMMPF. Camuflaje social y diagnóstico tardío del autismo en mujeres: una revisión integrativa. *Revista Neurociências*. 2024; 32: 1–19. <https://doi.org/10.34024/rnc.2024.v32.16553>. (En Español)
- [5] Hervás A. Género femenino y autismo: infradetección y misdiagnósticos. *Revue Neurologique*. 2022; 82: 37–42. (En Español)
- [6] Čolić M, Dababnah S, Garbarino N, Betz G. Parental experiences raising children with autism spectrum disorder in Eastern Europe: a scoping review. *International Journal of Developmental Disabilities*. 2022; 68: 1–13. <https://doi.org/10.1080/20473869.2019.1688931>.
- [7] Law M, Stewart D, Letts L, Pollock N, Bosch J, Westmorland M. Critical review form – quantitative studies. McMaster University; 1998. Traducción: Nabergoi M. Available at: <https://canchild.ca/wp-content/uploads/2025/03/MNGuiaCuantiCanada06.pdf?license=yes> (Accessed: 10 December 2025).
- [8] Brian J, Bryson SE, Smith IM, Roberts W, Roncadin C, Szatmari P, *et al.* Stability and change in autism spectrum disorder diagnosis from age 3 to middle childhood in a high-risk sibling cohort. *Autism: the International Journal of Research and Practice*. 2016; 20: 888–892. <https://doi.org/10.1177/1362361315614979>.
- [9] Duvekot J, van der Ende J, Verhulst FC, Slappendel G, van Daalen E, Maras A, *et al.* Factors influencing the probability of a diagnosis of autism spectrum disorder in girls versus boys. *Autism: the International Journal of Research and Practice*. 2017; 21: 646–658. <https://doi.org/10.1177/1362361316672178>.
- [10] Friedman A, Paltoglou A, Sorte R. A qualitative exploration of the experiences of self-diagnosed autistic women and gender-diverse individuals who are not pursuing an autism diagnosis. *Neurodiversity*. 2024; 2. <https://doi.org/10.1177/27546330241307828>.
- [11] Goldblum JE, McFayden TC, Bristol S, Putnam OC, Wylie A, Harrop C. Autism Prevalence and the Intersectionality of Assigned Sex at Birth, Race, and Ethnicity on Age of Diagnosis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2024; 54: 3777–3791. <https://doi.org/10.1007/s10803-023-06104-5>.
- [12] Hegemann L, Bugge Askeland R, Barbo Valand S, Øyen AS, Schjølberg S, Bal VH, *et al.* Measuring autism-associated traits in the general population: Factor structure and measurement invariance across sex and diagnosis status of the Social Communication Questionnaire. *Autism: the International Journal of Research and Practice*. 2024; 28: 2105–2119. <https://doi.org/10.1177/13623613231219306>.
- [13] Kayış H, Çelik M, Gedizlioğlu Ç, Kayış E, Aydemir C, Hatipoğlu A, *et al.* A new approach in autism diagnosis: Evaluating natural interaction using point of view (POV) glasses. *Asian Journal of Psychiatry*. 2026; 116: 104798. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2025.104798>.
- [14] Kentrou V, de Veld DM, Mataw KJ, Begeer S. Delayed autism spectrum disorder recognition in children and adolescents previously diagnosed with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Autism: the International Journal of Research and Practice*. 2019; 23: 1065–1072. <https://doi.org/10.1177/1362361318785171>.
- [15] Kniola A, Ludwig NN, Singh V, Bradley C, Carpenter L, Dillon EF, *et al.* Delayed Milestones and Demographic Factors Relate to the Accuracy of Autism Screening in Females Using Spoken Language. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2026; 56: 547–559. <https://doi.org/10.1007/s10803-024-06579-w>.

- [16] Levante A, Martis C, Duma L, Lecciso F. Association between the autistic traits, internalising and externalising traits, dysregulation, and competence in 18-36-months toddlers. *Research in Autism*. 2025; 127: 202679. <https://doi.org/10.1016/j.reia.2025.202679>.
- [17] McKinney A, O'Brien S, Maybin JA, Chan SWY, Richer S, Rhodes S. Camouflaging in neurodivergent and neurotypical girls at the transition to adolescence and its relationship to mental health: A participatory methods research study. *JCPP Advances*. 2024; 4: e12294. <https://doi.org/10.1002/jcv2.12294>.
- [18] Morris J, Campbell M. Disparities in autism diagnosis by sex, race, and socioeconomic status in U.S. children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2025.
- [19] Parish-Morris J, Pallathra AA, Ferguson E, Maddox BB, Pomykacz A, Perez LS, *et al.* Adaptation to different communicative contexts: an eye tracking study of autistic adults. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*. 2019; 11: 5. <https://doi.org/10.1186/s11689-019-9265-1>.
- [20] Peterson T, Dodson J, Sherwin R, Strale F, Jr. Comparative Effects of Applied Behavior Analysis on Male and Female Individuals With Autism Spectrum Disorder. *Cureus*. 2024; 16: e59802. <https://doi.org/10.7759/cureus.59802>.
- [21] Probol N, Mieskes M. Female autism in natural language: A corpus-based study. In *Proceedings of the Workshops of the 19th International AAAI Conference on Web and Social Media (ICWSM), #SMM4H-HeaRD 2025: 10th Joint Workshop on Social Media Mining for Health and Real-World Health Data*. 2025. <https://doi.org/10.36190/2025.52>.
- [22] Rea CJ, Lesch K, Hernandez B, Sprecher E, Hauptman M, Epee-Bounya A, *et al.* Child and Family Characteristics Associated With Age of Autism Spectrum Disorder Diagnosis in a Primary Care Population. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. 2025; 46: e450–e455. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000001399>.
- [23] Román-Urrestarazu A, van Kessel R, Matthews F, Allison C, Brayne C, Baron-Cohen S. Autism prevalence in Chile: A national Bayesian analysis of health and education records. *Autism Research*. 2024; 17: 345–357. <https://doi.org/10.1002/aur.3051>.
- [24] Rutherford M, Burns M, Gray D, Bremner L, Clegg S, Russell L, *et al.* Improving Efficiency and Quality of the Children's ASD Diagnostic Pathway: Lessons Learned from Practice. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2018; 48: 1579–1595. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3415-7>.
- [25] Rutherford M, McKenzie K, Johnson T, Catchpole C, O'Hare A, McClure I, *et al.* Gender ratio in a clinical population sample, age of diagnosis and duration of assessment in children and adults with autism spectrum disorder. *Autism: the International Journal of Research and Practice*. 2016; 20: 628–634. <https://doi.org/10.1177/1362361315617879>.
- [26] Salomon C, Heinz K, Aronson-Ramos J, Wall DP. An analysis of the real world performance of an artificial intelligence based autism diagnostic. *Scientific Reports*. 2025; 15: 29503. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-15575-8>.
- [27] Smith JV, McQuaid GA, Wallace GL, Neuhaus E, Lopez A, Ratto AB, *et al.* Time is of the essence: Age at autism diagnosis, sex assigned at birth, and psychopathology. *Autism: the International Journal of Research and Practice*. 2024; 28: 2909–2922. <https://doi.org/10.1177/13623613241249878>.
- [28] Surgent O, Andrews DS, Lee JK, Boyle J, Dakopolos A, Miller M, *et al.* Sex Differences in the Striatal Contributions to Longitudinal Fine Motor Development in Autistic Children. *Biological Psychiatry*. 2025; 97: 1150–1162. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2025.01.005>.
- [29] Thomas P, Zahorodny W, Peng B, Kim S, Jani N, Halperin W, *et al.* The association of autism diagnosis with socioeconomic status. *Autism: the International Journal of Research and Practice*. 2012; 16: 201–213. <https://doi.org/10.1177/1362361311413397>.
- [30] Tien I, Pearson A, Sozeri S, Seers K. “Only boys can be autistic”: Gender stereotypes and socialization in the diagnostic journey. *Autism in Adulthood*. 2025. <https://doi.org/10.1089/aut.2024.0178>.
- [31] Viktorsson C, Bölte S, Falck-Ytter T. How 18-month-olds with Later Autism Look at Other Children Interacting: The Timing of Gaze Allocation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2024; 54: 4091–4101. <https://doi.org/10.1007/s10803-023-06118-z>.
- [32] Wieckowski AT, Brown M, Register H, Fein D, Stahmer AC, McClure LA, *et al.* What Happens After Autism Screening-Factors That Predict Evaluation Attendance. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2025. <https://doi.org/10.1007/s10803-025-07143-w>. (online ahead of print)
- [33] Zahorodny W, Shenouda J, Sidwell K, Verile MG, Alvarez CC, Fusco A, *et al.* Prevalence and Characteristics of Adolescents with Autism Spectrum Disorder in the New York-New Jersey Metropolitan Area. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2025; 55: 2043–2049. <https://doi.org/10.1007/s10803-023-06058-8>.
- [34] Mardones Carvajal SN. Autismo en femenino: haciendo visible lo invisible. *I+Diseño. Revista de Investigación y Desarrollo en Diseño*. 2024; 19: 111–121. <https://doi.org/10.24310/idiseo.19.2024.20353>. (En Español)
- [35] Hervás A, Molina D, Blanch J, Campos R, Farré JM, Montllor R. Autismo en mujeres. *Psicosomática y Psiquiatría*. 2024; 30. <http://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatrum3010>. (En Español)
- [36] Gutiérrez Zubia A, Carrillo Saucedo IC. Exploración del enmascaramiento en mujeres autistas y la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva. *Ehquidad: La Revista Internacional de Políticas de Bienestar y Trabajo Social*. 2023; 20. <https://doi.org/10.15257/ehquidad.2023.0014>. (En Español)
- [37] Ketelaars MP, In't Velt A, Mol A, Swaab H, Bodrij F, van Rijn S. Social attention and autism symptoms in high functioning women with autism spectrum disorders. *Research in Developmental Disabilities*. 2017; 64: 78–86. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2017.03.005>.
- [38] Lewis LF, Schirling H, Beaudoin E, Scheibner H, Cestrone A. Exploring the Birth Stories of Women on the Autism Spectrum. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN*. 2021; 50: 679–690. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2021.08.099>.
- [39] Bagnato SJ. *Authentic assessment for early childhood intervention: Best practices*. Guilford Press: New York. 2007.
- [40] Azu MA, Han GT, Wolf JM, Naples AJ, Chawarska K, Dawson G, *et al.* Clinician-caregiver informant discrepancy is associated with sex, diagnosis age, and intervention use among autistic children. *Autism: the International Journal of Research and Practice*. 2025; 29: 614–626. <https://doi.org/10.1177/13623613241279999>.
- [41] Kirkovski M, Enticott PG, Fitzgerald PB. A review of the role of female gender in autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2013; 43: 2584–2603. <https://doi.org/10.1007/s10803-013-1811-1>.
- [42] Pérez Estrada KA. Perspectivas únicas: el espectro autista en mujeres. *Revista Digital Universitaria (RDU)*. 2023; 24. <http://doi.org/10.22201/cuaieed.16076079e.2023.24.6.18>. (En Español)