

Diferències de gènere en el TEA

Montserrat Altés Fernández

DIFERÈNCIES DE GÈNERE EN EL TEA

TREBALL DE FI DE GRAU

dirigit per la Dra. Joana Roigé Castellví

Grau de Psicologia



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

2022

“Autism offers a chance for us to glimpse an awe-filled vision of the world
that might otherwise pass us by.”

Dr. Colin Zimbleman, 2013

Agraïments

A la meua tutora, la Dra. Joana Roigé Castellví, per ajudar-me en tot moment i guiar-me quan no sabia continuar. A tot l'equip de professionals de l'Associació Asperger-TEA del Camp de Tarragona per facilitar la difusió del qüestionari i per descomptat a tots els socis de l'associació i les seves respectives famílies per la seva participació i per donar-me una nova visió del trastorn. Finalment, agrair a la meua família i a Ivan Barco per animar-me incondicionalment a continuar amb el meu camí.

Índex

| | |
|---|-----------|
| Resum | 1 |
| Preàmbul..... | 2 |
| 1. Marc Teòric..... | 2 |
| 1.1. Història de l'aparició del trastorn | 2 |
| 1.2. El Trastorn del Espectre Autista..... | 5 |
| 1.2.1. Manifestacions | 6 |
| 1.2.2. Detecció i diagnòstic..... | 7 |
| 1.2.2.1. Senyals d'alerta | 7 |
| 1.2.2.2. Instruments de diagnòstic..... | 9 |
| 1.3. Etiologia..... | 10 |
| 1.4. Epidemiologia | 11 |
| 1.5. Comorbiditats | 12 |
| 1.6. Intervenció | 13 |
| 1.7. TEA en femení..... | 17 |
| 2. Objectius | 19 |
| 3. Hipòtesi | 19 |
| 4. Metodologia | 19 |
| 4.1. Participants | 19 |
| 4.2. Instruments | 19 |
| 4.3. Anàlisi estadístics..... | 20 |
| 5. Resultats..... | 20 |
| 6. Discussió..... | 22 |
| 6.1. Limitacions | 24 |
| 7. Conclusions..... | 25 |
| 8. Bibliografia..... | 26 |
| Annex I: Criteris DSM-5..... | 31 |
| Annex II: Nivells de gravetat segons el DSM-5 | 33 |
| Annex III: Conductes presents sovint en el TEA femení..... | 35 |
| Annex IV: Qüestionari | 36 |
| Annex V: Proves T per mostres independents..... | 38 |

Resum

El Trastorn de l'Espectre Autista (TEA) és un trastorn del neurodesenvolupament de caràcter crònic, les seves principals manifestacions són el dèficit en la comunicació i les relacions socials, els patrons de conducta repetitius i interessos restrictius. El Trastorn de l'Espectre Autista té una prevalença més alta en homes que en dones amb una proporció d'1:4, aquesta diferència és deguda a la diferent manifestació de la simptomatologia, als instruments de diagnòstic i a aspectes neurobiològics i genètics. Sovint les dones reben el diagnòstic en una edat més avançada havent passat per diagnòstics erronis prèviament. També s'han observat diferències de gènere en les patologies associades al TEA, en les quals les noies tendeixen a presentar més comorbiditats que els nois.

L'objectiu principal d'aquest treball és establir quines són les principals diferències en la manifestació clínica del trastorn segons el gènere, afirmar si existeixen diferències en les patologies comòrbides i en l'edat de diagnòstic del trastorn.

El diagnòstic i la intervenció precoç en el TEA són elements essencials per afavorir el pronòstic i l'evolució de les persones afectades. Per aquesta raó, continuar estudiant les diferències de gènere en la condició contribuiria favorablement al desenvolupament integral de les noies i dones afectades.

Paraules clau: Gènere, Trastorn de l'Espectre Autista (TEA), interacció social i dones

Preàmbul

Primerament, serà important entendre el concepte de salut mental. Aquesta es defineix com un estat de benestar en el qual l'individu s'adona de les seves pròpies aptituds, pot fer front les pressions normals de la vida, pot treballar productivament i fructíferament i és capaç de fer una contribució a la seva comunitat (OMS 2018). La salut mental es pot veure afectada per les característiques socials, econòmiques, culturals, biològiques i psicològiques de l'individu a més de les característiques de l'entorn. Un desequilibri en algun dels factors anomenats anteriorment podria comportar l'aparició de diverses patologies que afectarien tant la salut física com mental i al context familiar, social i laboral o escolar. Així, els trastorns mentals es caracteritzen per una combinació d'alteracions del pensament, la percepció, les emocions, la conducta i les relacions amb els altres (OMS 2019).

En els últims anys la presència de trastorns mentals continua augmentant causant problemes en la salut de les persones, un dels trastorns que més ha augmentat són els Trastorns de l'Espectre Autista (TEA), a causa de diverses causes no especificades, aquest fet destaca la importància de continuar investigant el trastorn i conscienciant a la població de la rellevància de la detecció i la intervenció precoç per a afavorir el desenvolupament integral dels nens. Per aquest motiu en aquest treball m'he plantejat abordar les diferències de gènere en els Trastorns de l'Espectre Autista, ja que sovint poques noies són diagnosticades correctament per les diferències en la manifestació del trastorn.

1. Marc Teòric

1.1. Història de l'aparició del trastorn

L'interès per l'estudi de l'Autisme va incrementar a la dècada dels 40, tot i que existeixen informes anteriors a l'època que descriuen comportaments relacionats amb l'autisme. Va ser als voltants del segle XX quan van començar a aparèixer diverses etiquetes per anomenar casos de síndromes psicòtics primerencs amb característiques similars a l'autisme (López, Rivas & Taboada, 2012). El 1911 Bleuler, un psiquiatre suís, va introduir el terme Autisme. Aquest feia referència a la pèrdua del contacte amb la realitat que

pacien els adults diagnosticats d'esquizofrènia. Va observar que els pacients a conseqüència de la pèrdua de contacte amb la realitat tenien dificultats per comunicar-se i evitaven les relacions socials (Balbuena, 2007; Garrabé, 2012; López, Rivas & Taboada, 2012).

El 1925 Sukhareva, una psiquiatra infantil pionera en l'estudi de l'autisme, va publicar en una revista russa una descripció dels trets autistes que va observar en un grup de nens. Descrivia els símptomes psiquiàtrics, trets físics i alteracions motores, a més feia referència a la tendència a la solitud, evitant altres persones i als seus iguals. Tot i que queda poca constància dels seus estudis, l'autora va ser rellevant donat que sempre va tenir en compte la possible existència del trastorn en dones, cosa que altres autors van negar, com veurem més endavant, i va remarcar la importància del diagnòstic precoç (Manouilenko & Bejerot, 2015; Alonso, 2017).

Kanner, el psiquiatre austríac considerat un dels descobridors de l'autisme, el 1943 va publicar l'article *Autistic disturbances of affective contact*, on descriu l'Autisme Infantil Precoç arrel de l'observació de les característiques d'11 nens diagnosticats d'Esquizofrènia (López, Rivas & Taboada, 2012). L'autor considera l'autisme infantil precoç una síndrome del comportament que es manifesta en els primers anys de vida, atribueix la causa a deficiències innates d'origen biològic que deriven en alteracions del llenguatge, de les relacions socials i dels processos cognitius (Balbuena, 2007). Les característiques que va observar són:

- Dificultats en les relacions interpersonals (extrema solitud autista).
- Alteracions o absència de llenguatge.
- Presència de conductes desadaptades i repetitives.

Un any després de la publicació de Kanner, el pediatre austríac Hans Asperger descriu un trastorn similar al del seu contemporani al qual va anomenar *Psicopatia autista*, en el que, a diferència del trastorn descrit per Kanner, hi ha llenguatge encara que es pot trobar alterat i a més hi ha dificultats motrius.

Les publicacions de l'autor es van donar a conèixer gràcies a Wing, qui més tard anomenaria síndrome d'Asperger al conjunt de

característiques descrites per Asperger (Medraño, 2015). L'obra es basa en l'observació de quatre casos, l'autor refereix que és una condició present únicament en homes, que pot manifestar-se en subjectes de més edat i sense retard significatiu en el desenvolupament cognitiu ni del llenguatge. Els casos observats presentaven relacions socials pobres, conductes estereotipades i interessos específics que podien derivar en habilitats especials. A més tenien bones habilitats lingüístiques i bones capacitats cognitives. Arran de les observacions va descriure les característiques centrals del trastorn:

- Limitació en les relacions socials.
- Pautes estranyes en la comunicació.
- Caràcter obsessiu de pensament i acció.

Cal destacar que a més de la descripció de la síndrome, inclou pautes educatives basades en la perspectiva de la pedagogia terapèutica per persones amb retard i discapacitats psíquiques (López, Rivas & Taboada, 2012).

En aquesta època es considerava l'autisme com un tret de la psicosis infantil que amb el pas del temps derivaria en una esquizofrènia. Les autores Lorna Wing, psiquiatra britànica, i Judith Gould, el 1979 van promoure un canvi en la concepció de l'autisme i en les línies d'investigació d'aquest, ja que van trobar que els dèficits podien ser de major o menor gravetat i intensitat considerant en síndrome com un continu, en el que les dimensions poden tenir diferents graus d'afectació (López, Rivas & Taboada, 2012; Medraño, 2015). D'aquesta visió sorgeix el terme TEA. Wing, arran de les seves observacions a persones amb deficiències en la interacció social, la comunicació i la imaginació, defineix sis dimensions en les quals presenten dificultats:

- Trastorns qualitius de la relació social
- Trastorns de les funcions comunicatives
- Trastorns del llenguatge
- Trastorns i limitacions de la imaginació
- Trastorns de la flexibilitat
- Trastorns del sentit de l'activitat

Finalment, el 1980 es va arribar a un consens sobre la concepció de l'autisme, entès com a síndrome conductual que afecta diverses àrees tant del desenvolupament cognitiu com de l'afectiu, definint-lo com un trastorn generalitzat del desenvolupament.

1.2. El Trastorn del Espectre Autista

El Trastorn de l'Espectre Autista (TEA) és un trastorn del neurodesenvolupament que sorgeix en la infantesa, les seves principals manifestacions són el dèficit en la comunicació i les relacions socials, els patrons de conducta repetitius i interessos restrictius. Es tracta d'una alteració crònica, les manifestacions de la qual poden variar al llarg de la vida de l'individu. A més s'ha observat una gran heterogeneïtat interpersonal, és a dir, que el mateix trastorn pot tenir diferents manifestacions i nivells d'afectació segons la persona. El terme espectre autista, doncs, fa referència a les diferències interpersonals en la gravetat de les manifestacions clíniques del trastorn. Aquest fet pot portar a trobar diferents nivells de gravetat en les interaccions socials, el desenvolupament del llenguatge, els interessos i les conductes restringides i en el nivell d'autonomia personal.

El DSM-5 (Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals, 2013) realitzat per l'Associació Americana de Psicologia (APA) classifica el TEA dins de la categoria de trastorns del neurodesenvolupament.

L'APA estableix tres criteris (annex I) que apareixen en les persones amb TEA, les deficiències en la comunicació social i en la interacció social; patrons restrictius i repetitius de comportament, interessos o activitats; els quals hauran d'estar presents en les primeres fases del desenvolupament de l'infant. A més classifica la seva gravetat (annex II) en funció de la necessitat de suport, des de nivell 1 (necessita ajuda), nivell 2 (necessita ajuda notable) i nivell 3 (necessita ajuda molt notable).

1.2.1. Manifestacions

El TEA es pot detectar a través d'un seguit d'alteracions en la conducta. En aquest apartat s'especificaran els símptomes més característics del TEA que poden ajudar en el diagnòstic i detecció precoç, sempre tenint en compte que les manifestacions poden ser variades donat a les diferències individuals de cada persona i la seva gravetat. Per tal d'explicar els patrons conductuals s'agafa com a referència, el llibre *Comprensión y abordaje educativo y terapéutico del TEA* de A. Morral et al. (2012).

Deficiències en la interacció social

Els problemes en la interacció social són un dels símptomes més comuns dels TEA, aquests poden generar problemes greus en la vida diària del nen. Poden presentar alteracions de les conductes verbals que regulen la interacció com l'absència de contacte visual o expressions facials limitades, també s'han observat problemes de relació amb nens de la mateixa edat, falles en la reciprocitat, dificultats en l'atenció conjunta, dificultats per fer demandes o expressar necessitats i finalment dificultats per comprendre el món social.

Deficiències en la comunicació i el llenguatge.

Les alteracions en la comunicació són una de les característiques centrals del TEA, aquestes impliquen tant la comunicació verbal com la no verbal. És important tenir en compte que cada persona amb TEA tindrà habilitats comunicatives diferents, però totes comparteixen un patró comú que caracteritzarà el funcionament comunicatiu i lingüístic dels afectats.

S'han observat dificultats de comprensió, no entenen les metàfores ni els sentits figurats del llenguatge, dificultats de comunicació amb problemes per establir torns en una conversa, dificultats en el desenvolupament de la parla, en alguns casos arribant a presentar mutisme tant total com selectiu. També poden presentar anormalitats de la parla, és a dir, una qualitat inusual de la prosòdia i un ús estereotipat del llenguatge amb

ecològiques, neologismes, paraules excessivament formals i inversions pronominals.

Deficiències en la imaginació i la conducta repetitiva.

Una tercera àrea que es veu afectada en el TEA és la imaginació, la conducta repetitiva i els interessos restringits. Aquesta es caracteritza per la rigidesa tant conductual com cognitiva, la repetició i la limitació en l'adaptabilitat i la funcionalitat. Presenten problemes de joc, entre ells, dificultats per l'ús funcional d'objectes, absència de joc realista i dificultats per al joc imitatiu social.

Pel que fa al comportament mostren estereotípies, manierismes, conductes compulsives i rituals. Poden establir vincles excessius i inusuals amb alguns objectes o alguna de les seves parts o presentar interessos restringits que impliquen un alt nivell de coneixement i persisteixen en el temps.

Finalment, presenten resistència als canvis i una necessitat de controlar el món que els envolta.

Altres trets conductuals.

Encara que els principals símptomes que es poden observar en el TEA són els esmentats anteriorment, existeixen altres afectacions que es poden observar en els nens i nenes. Aquests són problemes motrius i d'integració de l'esquema corporal, diferent llindar de mal, des d'hipersensibilitat fins insensibilitat, aparicions d'episodis de pànic, un alt nivell d'activitat, baixa tolerància a la frustració, finalment, trastorns d'alimentació, de son i del control d'esfínters.

1.2.2. Detecció i diagnòstic

1.2.2.1. Senyals d'alerta

Donat que l'autisme es manifesta a través de la conducta l'edat de diagnòstic que s'estableix és als 2 anys, quan es considera que s'hauran desenvolupat totes les conductes, tot i això, hi ha senyals d'alarma al llarg del desenvolupament

del nadó que permeten una detecció i intervenció precoç que influiran en el pronòstic del trastorn. Els senyals d'alarma es poden detectar entre els 0 i els 24 mesos (Taula 1), aquestes s'han dividit en 4 etapes, fins als 3 mesos, dels 3 als 6 mesos, dels 6 als 12 mesos i dels 12 als 24 mesos (Gálvan, 2017).

En aquest apartat també és important tenir en compte les regressions, poden haver-hi nens amb un desenvolupament normal i que realitzen una regressió perdent certes habilitats que havien adquirit. Aproximadament un 30% dels nens amb autisme presenten una regressió en els primers anys de vida (Ruggieri i Arberas, 2018).

| Fins als 3 mesos: | Dels 3 als 6 mesos: |
|---|--|
| Absència de somriure social. Incapacitat per imitar. Dificultat per dirigir-se a la font de soroll. Dificultat per regular-se. Alteracions greus en els hàbits bàsics, alimentació i son. Alteracions del to muscular, rigidesa i resistència al contacte físic. Presència de moviments rítmics al bressol | Falta d'interès per les persones. Absència de contacte ocular o desviació de la mirada Alteracions del to muscular, de l'alimentació i el son. Falta de balbuceig Repertori limitat de moviments i moviments repetitius. Indiferència davant dels sons o hipersensibilitat. Dificultats per explorar el propi cos. |
| Dels 6 als 12 mesos: | Dels 12 als 24 mesos: |
| Absència d'atenció conjunta. Interès restringit per objectes. Absència de joc social imitatiu i jocs d'aparèixer/desaparèixer. Alteracions en l'alimentació. Manipulació disfuncional dels objectes. Insensibilitat o hipersensibilitat a determinades sensacions. Fixacions per sorolls i per determinades parts de l'altre. Gateig descoordinat. Autoestimulacions sensorials | Estereotípies i rituals. Dificultats per mostrar i fer demandes. Absència de balbuceig o poden aparèixer regressions del llenguatge. Conductes evitatives en situacions socials. Ansietat i autoagressivitat. Resistència al canvi. Preferència pels objectes que per la relació amb persones. Instrumentalització de l'altre. No reconeixen la seva imatge. |

Taula 1: Signes d'alerta

1.2.2.2. Instruments de diagnòstic

Tal com s'ha remarcat anteriorment, la detecció precoç en el TEA és molt rellevant, ja que afavoreix l'adaptació i el desenvolupament integral dels nens i nenes. Existeixen diversos instruments que faciliten el diagnòstic del trastorn, a continuació s'exposen els més utilitzats (Hervás et al., 2012; Hernández, O., Spencer, R., & Lagos, J.-F. 2021).

L'Escala d'Observació per al Diagnòstic de l'Autisme 2 (ADOS-2), es tracta d'una escala d'aplicació individual apta per nens dels 12 mesos d'edat fins adults. Està dividida en 5 mòduls, on cadascun està dirigit a una població diferent, segons l'edat i el nivell de desenvolupament del llenguatge. L'Entrevista pel Diagnòstic de l'Autisme Revisada (ADI-R), és una entrevista d'aplicació individual o col·lectiva aplicable a persones amb una edat mental major als 2 anys. Les preguntes van dirigides a obtenir informació sobre la simptomatologia de l'infant, a més d'aspectes socials i comunicacionals, concretament explora llenguatge i comunicació, interacció social recíproca i conducta restringida, repetitiva i estereotipada.

El Qüestionari de Comunicació Social (SCQ) (Rutter, Bailey, & Lord, 2019) és un qüestionari aplicable tant individualment com col·lectivament a partir dels 4 anys. Permet aconseguir puntuacions sobre els problemes d'interacció social, les dificultats de comunicació i la conducta restringida, repetida i estereotipada a partir de la informació proporcionada pels pares o cuidadors dels infants. Es va dissenyar com a mesura complementària del ADI-R de manera que els seus ítems corresponen amb els elements avaluats en l'entrevista. Presenta dues formes destinades a avaluar diferents aspectes de la vida de l'infant, la forma A fa referència a la vida passada, mentre que la forma B es refereix a la conducta de l'infant en els últims tres mesos.

1.3. Etiologia

Diversos estudis han tractat definir les causes dels dèficits característics del trastorn, estudiant factors tant interns com externs, sense un resultat conclouent. Els autors han establert que l'etiologia del TEA és multifactorial, és a dir, influeixen diversos factors en el desenvolupament d'aquest, s'atribueix l'origen dels dèficits a causes genètiques, neurològiques i ambientals (Varela-González, et al. 2011; Hervás et al., 2012)

Els factors genètics són els que més pes han adquirit en l'origen del trastorn, el TEA té una alta heretabilitat demostrada a través d'estudis familiars. Un 10% dels casos estan associats a causes sindròmiques com la Fenilcetonúria o la síndrome de X fràgil, un 5% dels casos es troben associats a alteracions cromosòmiques estranyes com la trisomia del 21 o la síndrome de Turner, un altre 5% estan associats a variacions del nombre de còpies de parts del genoma i finalment un altre 5% es troben associats a variacions genètiques penetrants i poc freqüents en la població com seria el SHANK (Hervás et al., 2012).

Pel que fa als factors neurològics, les persones amb TEA presenten trastorns en la plasticitat neuronal i en el desenvolupament de les xarxes neuronals, a més de disfuncions en el sistema límbic, relacionat amb les emocions. També s'observen alteracions neuroquímiques, alts nivells perifèrics de serotonina i reducció de l'expressió del GABA (àcid gamma-aminobutíric). Estudis de neuroimatge han vist una disminució de les neurones amb funcions de connexió entre receptores de sensacions i les neurones del tàlem i del còrtex principalment del lòbul frontal. Aquesta disminució dificulta l'establiment de vincles emocionals, de desenvolupar la consciència de les pròpies emocions i el desenvolupament de la identitat. Finalment, s'ha de tenir en compte el dèficit de neurones mirall, aquestes estan vinculades a l'aprenentatge per imitació i al desenvolupament del llenguatge i l'empatia.

Respecte als factors ambientals, aquests modulen l'expressió genètica i augmenten la probabilitat de patir TEA, entre els més estudiats es troben la prematuritat, les infeccions virals perinatales,

l'edat avançada dels pares, situacions d'estrès o depressió de la mare en el període de gestació i altres condicions com fàrmacs, factors hormonals o immunològics que puguin alterar l'ambient uterí i l'ambient postnatal primerenc.

A continuació es presentaran algunes teories que explicarien els dèficits que presenten les persones amb TEA.

El 1985 Baron-Cohen, Leslie i Frith postulen la Teoria de la Ment per descriure l'habilitat de les persones per inferir els estats mentals dels altres. Els autors expliquen mitjançant el dèficit d'aquesta teoria les dificultats presents en el trastorn per posar-se en el lloc de l'altre, dificultant la comunicació i les relacions socials.

Segons Rivière (2002) les alteracions en la referència conjunta, entesa com la capacitat de compartir el focus d'interès amb les altres persones, i en la referència social, és a dir, la capacitat per interpretar diferents situacions a través de la informació social i emocional proporcionada pels adults, explicarien les dificultats en el TEA per desenvolupar les capacitats comunicatives i socials complexes i el desenvolupament de la imitació i la simbolització.

Finalment, la Teoria de la coherència central de Happé (1994) explica la capacitat de les persones per extreure la part essencial d'una situació i obtenir una imatge conjunta del fet, a més d'entendre adequadament les paraules, ja que aquestes poden tenir més d'un significat depenen del context. La debilitat en la coherència central en les persones amb autisme explicaria la causa per la qual es fixen persistentment en una única part d'un objecte i no en l'objecte sencer, aquest fet els permet tenir habilitats molt específiques (recordar petits detalls, construir puzles, etc.) però els dificulta veure la globalitat del context.

1.4. Epidemiologia

En els últims anys els casos detectats d'autisme han augmentat considerablement, segons l'estudi de la Autism Society of America (2006) s'ha produït un increment del 172% en el diagnòstic des de 1990. Es calcula que a Europa, aproximadament, 1 de cada 100

naixements està afectat per un TEA, mentre que als Estats Units la prevalença és d'1 de cada 88 nens. Segons l'OMS (2021) a escala mundial, 1 de cada 160 nens té un TEA.

També cal destacar, que com la majoria de trastorns mentals, els TEA tenen major incidència en homes que en dones, en una proporció 1:4 (Bonilla, M. F & Chaskel, R. 2016). Aquesta es deu principalment a les diferències en la manifestació clínica. Tot i que, és important destacar que hi ha altres factors que podrien estar influïent en el diagnòstic de les dones TEA, com la baixa quantitat d'investigacions sobre el TEA en el gènere femení a causa de l'escassa representació femenina i els instruments de detecció, que en la seva majoria, estan condicionats a una mostra predominantment masculina.

Alguns estudis han tractat de buscar l'origen de l'augment de la incidència del trastorn. Els factors més estudiats han sigut els canvis en els criteris diagnòstics, l'ampliació del concepte que comporta el desenvolupament del concepte espectre autista, l'augment d'investigacions amb diferents metodologies, el sorgiment de noves eines de detecció i diagnòstic i la conscienciació i augment de coneixements tant de famílies com de professionals sobre el trastorn. A més s'han intentat identificar causes ambientals que podrien incidir en l'augment de la incidència, tot i que cap d'elles ha sigut confirmada empíricament (Forteza, Escandell, & Castro, 2013).

1.5. Comorbiditats

La comorbiditat és la presència de dues o més malalties en una mateixa persona. En el cas de Trastorn de l'Espectre Autisme un 70% de les persones presenten un trastorn mental comòrbid i un 40% pot tenir dos o més trastorns mentals comòrbids (Asunción, 2018).

Entre els més freqüents es troben els trastorns de l'estat d'ànim (depressió) que el presenten aproximadament un 57% dels afectats, els trastorns d'ansietat amb una afectació del 54% i la discapacitat intel·lectual (Paula-Perez, 2009; Lever i Geuters, 2016), que la presenten la meitat dels afectats i és més prevalent en les nenes que en els nens. En el cas dels trastorns d'ansietat freqüentment ve

derivada de les dificultats per entendre les situacions socials, consegüentment apareixen els moviments repetitius per tal de regular la frustració a través de les sensacions autoestimulades.

Pel que fa a la infantesa, el trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH), els trastorns de comportament i els trastorns d'ansietat són els més predominants (Lever i Geuters, 2016). En aquests a mesura que l'infant creix es produeix una remissió dels símptomes. Altres trastorns a tenir en compte són el Trastorn Obsessiu-Compulsiu (TOC), que el presenten un 25% dels casos, els TICS i la síndrome de Tourette, presents en un 5% dels casos (Alfieri, 2020).

1.6. Intervenció

Tot i ser un trastorn crònic la intervenció precoç és un factor de bon pronòstic hi ha diferents evolucions, en alguns predominaran els símptomes conductuals i altres aprofitaran les característiques del TEA com habilitats especial compensant així les limitacions d'aquest. La intervenció en el TEA ha de ser multidisciplinària, incloent-hi tant a diferents professionals (neuròlegs, psicòlegs, logopedes, etc.) com la família, l'entorn educatiu i la comunitat que envolta a l'infant, aquesta s'ha d'adaptar a l'entorn i a les característiques de l'afectat per poder facilitar i maximitzar el seu desenvolupament. Existeixen diferents metodologies d'intervenció que han demostrat la seva eficàcia per ajudar a les persones afectades pel trastorn (Baron-Cohen, 2008, Mulas et al. 2010).

Psicoteràpia cognitivo-conductual

La psicoteràpia és una de les principals metodologies que es fa servir per tractar trastorns diversos, aquesta és definida per l'APA (2012) com un tractament de col·laboració basat en la relació entre una persona i el psicòleg, a més afegeix que la base fonamental d'aquesta és el diàleg.

La psicoteràpia individual és el procés d'experiència emocional individual que possibilita l'adquisició de consciència pròpia, el seu

objectiu principal és connectar les emocions amb els pensaments i les conductes. En el TEA el propòsit prioritari d'aquesta modalitat és que el pacient es diferenciï del món, que adquireixi sentit de la identitat, i fer-lo conscient de les seves dificultats.

La psicoteràpia grupal es fonamenta en la interacció que s'estableix amb els membres del grup. De la mateixa manera que la psicoteràpia individual, està dirigit a adquirir consciència de les pròpies emocions, idees i conductes, però a més a adquirir consciència de les emocions alienes i a potenciar les habilitats socials. En el cas del TEA, les teràpies grupals reforcen les àrees on presenten més dificultats com serien les relacions socials, la comunicació, la gestió emocional, la rigidesa tant cognitiva com conductual i la interacció amb l'ambient. De manera que, amb aquesta metodologia d'intervenció la finalitat és millorar les dificultats interpersonals i promoure el procés de socialització treballant les habilitats socials.

Mètode TEACCH

És un model que està focalitzat en entendre a les persones amb TEA amb l'objectiu d'assolir el màxim desenvolupament i autonomia del subjecte en tots els àmbits de la vida posant èmfasi en les habilitats individuals de cada persona (Alcantud, 2013).

Es tracta d'una metodologia que té el propòsit de millorar les relacions socials, les habilitats comunicatives, la cognició i les habilitats motores. Aquest programa va dirigit a persones amb autisme de totes les edats, les seves famílies i el seu entorn escolar o laboral, és a dir, busca incrementar les habilitats i la comprensió de la persona afectada a la vegada que adapta l'entorn a les seves necessitats, millorant la qualitat de vida de la persona amb TEA i dels seus familiars.

Grups de suport als familiars.

Els grups de suport als familiars, tot i no ser una intervenció directa a l'infant també té beneficis sobre aquest, ja que redueixen l'estrès dels familiars davant la situació.

En els grups de suport es proporciona ajuda als familiars que envolten al nen amb TEA en el procés de diagnòstic, de dol i d'acceptació del trastorn. Es tracta d'un espai on compartir vivències, preocupacions i sentiments i trobar suport en altres famílies amb la mateixa problemàtica.

Psicomotricitat:

Segons Aucouturier la Psicomotricitat és la metodologia que té per objectiu la maduració psicològica de l'infant a través de la via motriu. Per aquesta disciplina és important la construcció del Jo en el desenvolupament global del nen, donat que les persones es diferencien a través de les experiències sensoriomotrius viscudes amb el món que les envolta. La psicomotricitat té com a finalitat connectar les sensacions corporals amb les emocions experimentades en un moment donat.

En el TEA és una intervenció important, ja que busca el procés de maduració psicològica des d'una perspectiva sensorial i a través de l'expressivitat motriu, de la globalitat corporal, el moviment i l'acció. És rellevant tenir en compte que la intervenció ha d'estar adaptada al nivell de desenvolupament evolutiu del nen.

Logopèdia

La intervenció logopèdica és una part essencial en aquells casos en els que s'observa una important afectació del llenguatge, ja que aquesta tracta de minimitzar l'impacte del retard en el desenvolupament del llenguatge.

A més forma part de l'atenció global dels nens amb TEA donat que aporta estratègies per potenciar la relació i la comunicació, el principal objectiu és promoure, millorar i potenciar la comunicació, augmentant la competència comunicativa i lingüística. També s'ha de tenir en compte que no se centra únicament en els aspectes expressius del llenguatge sinó que també en els aspectes pragmàtics d'aquest i en la comprensió del llenguatge figurat, metàfores i sarcasmes.

Dins d'aquest mètode d'intervenció es pot fer servir la metodologia PECS (Picture Exchange Communication System) es tracta d'una

metodologia alternativa de comunicació que es fa servir en els casos d'absència de llenguatge funcional o en casos de presència de llenguatge amb una funció autoestimuladora, és a dir, amb presència d'ecològies nombroses. La finalitat principal del PECS és l'establiment d'interacció comunicativa a través de l'intercanvi d'imatges.

Psicofarmacologia

Pel que fa a la medicació en el TEA no s'ha trobat un tractament eficaç, aquesta es complementaria al tractament global, és a dir, s'utilitza per tractar símptomes concrets i altres possibles trastorns comòrbids que influeixen en el funcionament habitual.

Els psicofàrmacs més comuns són:

- Els antipsicòtics per tal de contenir l'agressivitat i l'ansietat
- Els antidepressius o els Inhibidors de la Recaptació de la Serotonina (IRS) per tractar els símptomes de l'ansietat i la depressió així com per millorar la comunicació i les conductes.

Teràpies alternatives

Existeixen altres tipus de teràpies que han demostrat tenir efecte en el curs del trastorn, aportant beneficis en els afectats. Com serien la musicoteràpia, en el TEA permet treballar les dificultats de comunicació, d'expressió emocional i l'empatia, a més a través de la música és possible la interacció amb les persones afectades pel TEA, ja que sovint mostren interès per alguns components d'aquesta, l'artteràpia, aquesta permet donar forma a les pors i les dificultats, permet l'expressió emocional en aquelles persones en les quals predomina el pensament visual i finalment permet la interacció amb altres persones sense recórrer al llenguatge, i finalment, l'escenoteràpia, una modalitat terapèutica grupal que ajuda al desenvolupament de la persona fent servir l'activitat lúdica i els recursos escènics amb finalitats terapèutiques i maduratives.

1.7. TEA en femení

El TEA predomina en homes, actualment s'estableix una relació 1:4 respecte al diagnòstic de la condició en noies. Aquestes diferències es deuen a diverses causes, entre elles les diferències en les manifestacions clíniques, l'ús d'instruments de detecció basats en mostres masculines (Montagut et al. 2018; Young, Oreve, & Speranza, 2018; Ruggieri & Arberas, 2019), l'existència de diferències genètiques i neurobiològiques (Head, McGillivray & Stokes, 2014; Horiuchi et al. 2014; Meng-Chuan et al. 2014; Hervás, 2016; Ruggieri & Arberas, 2016; Muggleton, MacMahon & Johnston, 2019), i finalment, les influències psicològiques, socials i culturals (Rynkiewicz, Janas-Kozik & Słopień, 2019).

Pel que fa a les manifestacions clíniques del TEA existeixen diferències de gènere en els símptomes nuclears (Annex III), principalment en la interacció social on les noies mostren millors habilitats socials i més facilitat pel joc, tendeixen a realitzar gestos per intentar establir relacions tot i que, igual que els nois, presenten dificultats per mantenir-les (Hervás, 2016; Montagut et al. 2018; Young, Oreve, & Speranza 2018; Muggleton, MacMahon & Johnston, 2019; Ruggieri & Arberas, 2019; Rynkiewicz, Janas-Kozik & Słopień, 2019).

Segons la Teoria del Camuflatge Social de Wing (1981) les dones amb TEA mostren millors habilitats socials per la capacitat d'ocultar les seves dificultats socials desenvolupant una sèrie d'estratègies a través de la imitació de conductes socials observades en el grup d'iguals i en els adults (Head, McGillivray & Stokes, 2014; Montagut et al. 2018).

Pel que fa a les conductes repetitives i els interessos restringits diferents autors han remarcat que les noies realitzen menys conductes repetitives i rituals que els nois (Solomon, 2012). També destaquen que les noies mostren uns interessos restringits similars a les seves iguals neurotípiques com són els llibres o la moda de manera que són difícils de considerar simptomàtics, però aquestes es diferencien de les seves iguals en la intensitat i la durada (Meng-Chuan et al. 2014; Hervás, 2016; Montagut et al. 2018; Muggleton,

MacMahon & Johnston, 2019; Ruggieri & Arberas, 2019; Rynkiewicz, Janas-Kozik & Słopień, 2019).

Altres diferències que s'han trobat són una millor capacitat d'imaginació, millor nivell cognitiu i millor nivell lingüístic amb una bona integració de la comunicació verbal i no verbal.

Aquestes diferències sovint fan que moltes dones rebin un diagnòstic incorrecte o no siguin diagnosticades (Montagut et al. 2018). Aquelles que finalment reben un diagnòstic de TEA, acostumen a rebre'l durant l'adolescència a causa d'un augment de l'aïllament social per les dificultats que presenten les relacions socials en aquesta edat (Ruggieri & Arberas, 2016; Montagut et al. 2018; Young, Oreve, & Speranza 2018; Muggleton, MacMahon & Johnston, 2019). A més a l'adolescència les noies amb TEA acostumen a mostrar un món més infantilitzat que les seves iguals i els interessos restringits són més marcats (Ruggieri & Arberas, 2016). Les noies que aconseguen un diagnòstic abans de l'adolescència és a causa que presenten problemes conductuals o cognitius (Head, McGillivray & Stokes, 2014; Meng-Chuan et al. 2014). Un altre factor que influeix en el diagnòstic de les noies i dones amb TEA són els instruments de detecció que han sigut creats amb mostres majoritàriament masculines de manera que descriuen símptomes que les noies afectades per la condició no presenten (Montagut et al. 2018; Young, Oreve, & Speranza, 2018; Rynkiewicz, Janas-Kozik & Słopień, 2019).

Finalment, s'han observat diferències en les comorbiditats, les noies tendeixen a tenir més trastorns associats que els nois. Mentre que els nois tenen més probabilitat de presentar un Trastorn per Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat (TDAH) (Rynkiewicz, Janas-Kozik & Słopień, 2019), les noies tendeixen a patir més trastorns de l'estat d'ànim com la depressió, trastorns d'ansietat o insomni, cosa que els hi dificulta més l'adaptació a l'entorn social (Solomon et al. 2012; Horiuchi et al. 2014; Montagut et al. 2018; Young, Oreve, & Speranza, 2018).

2. Objectius

L'objectiu principal d'aquest treball és establir quines són les principals diferències en la manifestació clínica del trastorn segons el gènere, observar si existeixen diferències en les patologies comòrbides i en l'edat de diagnòstic del trastorn.

3. Hipòtesi

S'espera trobar que les diferències més significatives siguin en l'àmbit de les habilitats socials, on les nenes mostrarien millors habilitats socials, i en l'àmbit dels interessos restringits, on les nenes tendrien a tenir interessos restringits més comuns. En canvi, no s'esperaran diferències significatives en la comunicació verbal i la rigidesa cognitiva.

Pel que fa a les patologies associades, s'espera, per un costat, que les noies presentin més trastorns associats, per l'altre s'espera obtenir que els nois tendiran a presentar comorbiditat amb TDA o TDAH mentre que les noies tendiran a patir trastorns afectius associats.

Finalment, s'espera que l'edat de diagnòstic sigui menor en els homes que en les dones.

4. Metodologia

4.1. Participants

La mostra de l'estudi consta de 65 parets de nens i nenes d'entre 6 i 18 anys diagnosticats de TEA membres d'Aspercamp - Associació Asperger-TEA del Camp de Tarragona. Dels 65 participants 25 eren noies i 41 eren nois, amb diversos nivells de dificultats derivades de la condició.

4.2. Instruments

Es va fer servir un qüestionari (annex IV) de 33 preguntes sobre la simptomatologia del trastorn. Aquest es pot dividir en tres blocs, interacció social, comunicació i conducta, és a dir, les tres àrees que es veuen afectades en el TEA.

Els ítems es puntuen en una escala d'1 a 4 segons la simptomatologia que presenta el menor, les puntuacions més altes indicarien major

afectació. A més en aquest també es recull l'edat de diagnòstic i altres patologies diagnosticades.

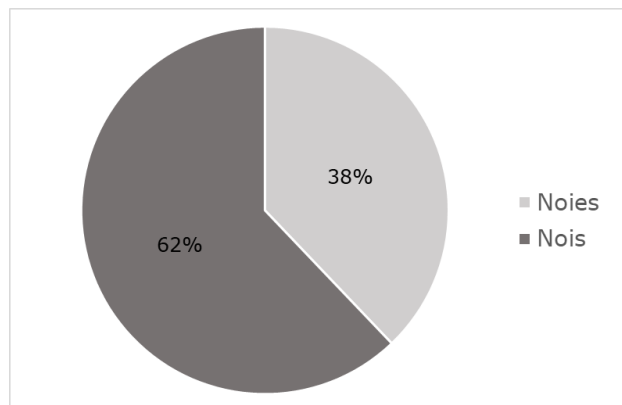
La recollida de dades es va realitzar en línia a través de la plataforma Google Forms, a les famílies que complien els requisits se'ls va enviar un correu electrònic a través de l'associació amb l'enllaç al qüestionari disponible des del mes de febrer fins al març del 2022.

4.3. Anàlisis estadístics.

Per realitzar la posterior anàlisi de dades es va fer servir el programa SPSS. Per comprovar si les diferències trobades en la simptomatologia nuclear dels participants i les diferències en l'edat de diagnòstic d'aquests eren significatives primerament es van calcular els estadístics descriptius i posteriorment es va dur a terme la prova T per a mostres independents. Mentre que per avaluar si hi havia relació entre el gènere i la presència de patologies associades al TEA es va fer servir l'estadístic Chi-Quadrat.

5. Resultats

Els següents resultats estan extrets d'una mostra de 65 participants, un 38% d'aquests són noies i el 62% restant són nois, tal com s'indica en el gràfic 1.



Gràfic 1 Mostra

Pel que fa a interacció social els nois obtenen una puntuació mitjana de 30,17 mentre les noies l'obtenen de 29,04 (Taula 2), de manera que sembla que els nois presenten més dificultats d'interacció social. En realitzar el contrast d'hipòtesis mitjançant la prova T per a mostres independents s'ha vist que les diferències en les puntuacions no són significatives (annex V).

Estadístiques de grup

| | Genere | N | Media | Desv. estàndar | Media de error estàndar |
|-------|---------|----|-------|----------------|-------------------------|
| Total | Femeni | 25 | 29,04 | 5,741 | 1,148 |
| | Masculi | 41 | 30,17 | 4,609 | ,720 |

Taula 2: Estadístics descriptius de interacció social

Respecte a l'àmbit la comunicació les noies aconseguen una mitja de 29,92 mentre que els nois l'obtenen de 30,98 (Taula 3), en fer la prova T de contrast d'hipòtesis el resultat obtingut indica que les diferències entre ambdues puntuacions no són significatives (annex V).

Estadístiques de grup

| | Genere | N | Media | Desv. estàndar | Media de error estàndar |
|-------|---------|----|-------|----------------|-------------------------|
| Total | Femeni | 25 | 29,92 | 6,454 | 1,291 |
| | Masculi | 41 | 30,98 | 4,757 | ,743 |

Taula 3: Estadístics descriptius de comunicació

Seguidament en conducta i interessos restringits els nois obtenen una puntuació mitjana major que les noies, un 35,63 i un 33,28 (Taula 4) respectivament, de manera que els nois tenen més afectació en la conducta. Els resultats de la prova T de contrast d'hipòtesi indiquen que les diferències entre les dues mitjanes són significatives (annex V).

Estadístiques de grup

| | Genere | N | Media | Desv. estàndar | Media de error estàndar |
|-------|---------|----|-------|----------------|-------------------------|
| Total | Femeni | 25 | 33,28 | 5,920 | 1,184 |
| | Masculi | 41 | 35,63 | 3,973 | ,621 |

Taula 4: Estadístics descriptius de conducta

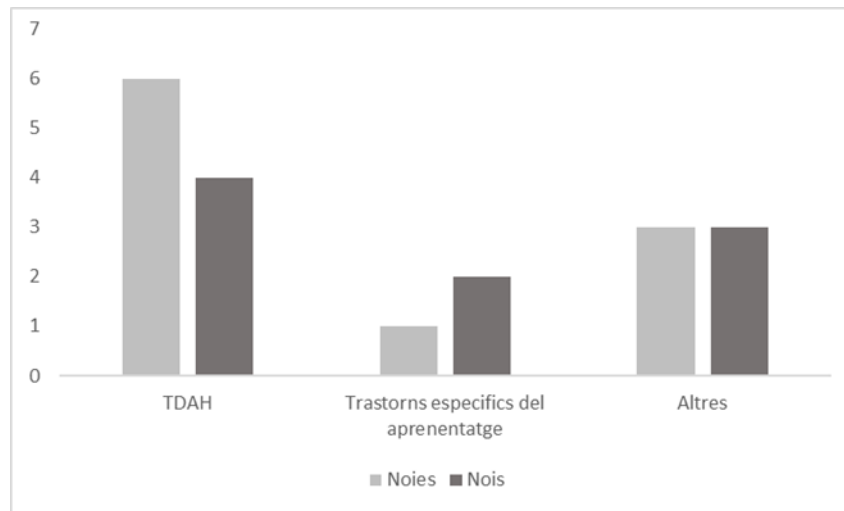
Respecte a les comorbiditats (Taula 5), per una banda, 9 de les noies participants presenten altres patologies associades, entre elles TDA o TDAH, epilèpsia, trastorns de l'escriptura i síndrome de Tourette, per altra banda, 6 dels nois participants presenten una o més patologies comòrbides, entre elles trobem el TDA o el TDAH, trastorns específics de la lectura, trastorns de la comunicació social,

Tabla cruzada Genere *Altres diagnostics

| Recuento | | Altres diagnostics | | Total |
|----------|---------|--------------------|----|-------|
| | | No | Si | |
| Genere | Femeni | 16 | 9 | 25 |
| | Masculi | 35 | 6 | 41 |
| Total | | 51 | 15 | 66 |

Taula 5: Comorbiditats

mutisme selectiu, discàlculia i trastorns negativistes desafiants (Gràfic 2). Tal com es pot observar en el gràfic, el trastorn comòrbid predominant, en els dos gèneres, és el TDAH, amb un total de 10 afectats. Al calcular l'estadístic chi-quadrat (anex V) es va obtenir un resultat de 0.045, aquest resultat indica que les diferències trobades en quant a comorbiditats entre nois i noies són significatives.



Gràfic 2 Comorbiditats

Finalment pel que fa a l'edat de diagnòstic (Taula 6) s'ha observat que l'edat mitjana de diagnòstic del gènere masculí és de 6,9 anys mentre que les noies han obtingut una edat mitjana de 7,2 anys. Després de realitzar un contrast d'hipòtesis de les dues mitjanes d'edat s'ha considerat que no hi ha diferències significatives entre els dos gèneres quant a edat de diagnòstic (annex V).

| Edat | Genere | N | Media | Desv. estàndar | Media de error estàndar |
|---------|--------|-------|--------|----------------|-------------------------|
| | Femeni | 25 | 7,200 | 3,9264 | ,7853 |
| Masculi | 41 | 6,971 | 3,0992 | ,4840 | |

Taula 6: Estadístics descriptius les edats de diagnòstic

6. Discussió

L'objectiu principal del treball era conèixer les principals diferències de gènere en la manifestació clínica del trastorn, en l'edat de diagnòstic i en les patologies associades, mitjançant l'anàlisi dels resultats obtinguts en el qüestionari administrat als pares de nois i noies diagnosticats de TEA.

Segons el que deia Hervás (2016) s'esperava trobar diferències en la manifestació clínica de la condició, concretament en l'àmbit d'interacció

social i l'àmbit de conducta restringida. Els resultats obtinguts posen de manifest que existeixen diferències de gènere en la conducta i els interessos restringits mentre que, en l'àmbit de la comunicació i la interacció social, tot i que s'han obtingut puntuacions diferents aquestes no són significatives. Aquests resultats podrien ser deguts al fet que les diferències de gènere en la prevalença del trastorn no són causades per la divergència en la simptomatologia del mateix sinó que és a causa d'un biaix en el diagnòstic tal com indica Montagut et al. (2018).

Pel que fa a les comorbiditats, per una banda, s'esperava que les noies presentessin més trastorns associats com deien Rynkiewicz, Janas-Kozik & Słopień, (2019). Per l'altra banda, s'esperava que els nois mostressin més comorbiditat de TEA amb TDAH o TDA i les noies mostressin més trastorns afectius comòrbids com explicava Solomon et al. (2012). En els resultats s'ha obtingut que, tal com indiquen els autors anomenats anteriorment, hi ha més quantitat de noies, 9 concretament, amb altres patologies associades, que nois, que del total de la mostra n'hi ha 6, de manera que els resultats obtinguts eren els esperats. Després d'analitzar els resultats s'ha vist que les diferències trobades són significatives de manera que hi ha una relació entre el gènere i els trastorns comòrbids en el TEA. Respecte al tipus de trastorns associats en el total de la mostra s'ha vist que el trastorn comòrbid predominant és el TDA o TDAH, sent un dels diagnòstics comòrbids més prevalent amb unes tasses d'entre el 30% al 80% (Fernandes, Vázquez-Justo & Blanco, 2017), a més, també s'ha observat que cap de les participants femenines presenta un trastorn afectiu associat cosa que va en contra del que s'esperava, coincidint amb l'estudi realitzat per Montagut et al. (2018).

Pel que fa a l'edat de diagnòstic, s'esperava trobar que les noies haguessin rebut el diagnòstic de TEA amb una edat més avançada que els nois tal com indicaven Ruggieri & Arberas (2016). Els resultats obtinguts mostren una diferència en l'edat de diagnòstic de 0,3 anys, però és no significativa. Tot i que no s'han observat diferències significatives en l'edat de diagnòstic s'han de continuar tenint en compte les dificultats en la valoració de les noies, ja que la capacitat de camuflatge que presenten fa que els símptomes del trastorn es passin per alt en edats primerenques mostrant habilitats socials i interessos coherents a la seva edat (Montagut et al.

2018), mentre que en arribar a l'adolescència és quan mostren més dificultats socials donat a l'augment de la complexitat de les relacions interpersonals (Ruggieri & Arberas, 2016).

6.1. Limitacions

Les principals limitacions trobades en la realització del treball actual es relacionen amb la mostra i la recollida de dades.

Pel que fa a la mostra, primerament aquesta no és prou representativa per poder generalitzar els resultats sobre les diferències de gènere obtinguts a la població total amb TEA. A més cal destacar la diferència entre el nombre de participants masculins i femenins, cosa que també pot influir en els resultats obtinguts. Una de les possibles causes de la falta de representació femenina, tal com s'explica en el treball, és l'alta prevalença en nois de la condició, cosa que influeix en el nombre de sòcies femenines de l'associació.

Respecte a la recollida de dades el primer aspecte a destacar és la limitació de temps per contestar el qüestionari, actualment considero que hagués sigut convenient deixar més temps, seguidament destacar la dificultat per trobar participants, ja que per motius personals dels participants hi havia una tendència a no contestar el qüestionari i finalment destacar el format del qüestionari, pel fet que com que no es va poder entregar i explicar presencialment poden haver sorgit confusions i dubtes a l'hora de respondre els items.

Una altra limitació ha estat limitar els participants a una mostra infantil i juvenil, en el cas d'haver inclòs adults en la mostra es podria haver observat si les diferències de gènere amb el pas del temps es mantenen, es redueixen o es fan més notables.

Com a punts forts del treball, destacar l'ampli marc teòric en el qual es recullen aspectes rellevants sobre la condició, el qual m'ha ajudat a ampliar els meus coneixements i que en un futur pot ajudar a altres estudiants en els seus treballs d'investigació. Destacar també l'accessibilitat a la informació sobre les diferències de gènere en la condició, ja que s'han realitzat nombrosos estudis sobre la temàtica i actualment es disposa d'un gran nombre d'articles publicats.

Finalment, remarcar l'accessibilitat a la mostra i la difusió del qüestionari a través de l'associació d'Aspercamp - Associació Asperger-TEA del Camp de Tarragona.

7. Conclusions

Després de realitzar la recerca i analitzar els resultats del qüestionari s'extreuen les següents conclusions:

- El diagnòstic i la intervenció precoç en el TEA són elements essencials per afavorir el pronòstic i l'evolució de les persones afectades. Per aquesta raó, continuar estudiant les diferències de gènere en la condició contribuiria favorablement al desenvolupament integral de les noies i dones afectades.
- Les investigacions realitzades fins al moment mostren que l'autisme en femení es manifesta d'una manera més subtil, sobretot en aquelles que no mostren dificultats conductuals ni cognitives, fet que aquestes passen per desapercebudes gran part de la seva vida, rebent el diagnòstic en una edat més avançada quan les demandes quotidianes superen les seves estratègies d'adaptació, després de passar per múltiples diagnòstics erronis, o algunes no arriben a ser diagnosticades.
- La diferència en la prevalença es deu a múltiples causes, entre les quals es troben les manifestacions clíniques, on les noies mostren millors habilitats socials i menys conductes repetitives, també els instruments de diagnòstic, sovint duts a terme a partir d'una mostra majoritàriament masculina i finalment, les diferències neurobiològiques i genètiques.
- Existeix una relació entre el gènere i les patologies associades al TEA, les noies tendeixen a tenir més comorbiditats que els nois. Segons els estudis realitzats fins el moment, les noies tendeixen a patir més trastorns de l'estat d'ànim que els nois, encara que el trastorn amb taxes més altes de comorbiditat és el TDAH en ambdós gèneres.
- Les diferències trobades en l'àmbit de la interacció social es poden explicar a través de la teoria del camuflatge social que presenten les noies, fet que s'hauria de tenir en compte a l'hora de realitzar el diagnòstic.

- Les noies i dones amb autisme pateixen una múltiple discriminació, per una banda, per ser dones i per l'altra, per tenir TEA. Quan es forma el binomi de dona amb TEA la falta de suport les deixa en una situació de vulnerabilitat que condiona el seu desenvolupament integral i l'adaptació social, familiar i laboral.

8. Bibliografia

Alcantud Marín, F. (2013). *Trastornos del espectro autista. Detección, diagnóstico e intervención temprana* (1.ª ed.). Ediciones Pirámide.

Alfieri, I. (2020). *Trastorno del Espectro Autista: síntomas asociados y comorbilidades* [Diapositivas]. Docplayer.

<http://docplayer.es/168546356-Trastorno-del-espectro-autista-sintomas-asociados-y-comorbilidades-dra-ines-alfieri.html>

Alonso, J. R. (2017). *Sukhareva*. Neurociencia.

<https://jralonso.es/2017/08/14/sukhareva/>

American Psychological Association. (2012). *Entendiendo la psicoterapia*. <http://www.apa.org/topics/psychotherapy/entendiendo-la-psicoterapia>

Balbuena Rivera, F. (2007). *Breve revisión histórica del autismo*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 27(2), 61-81.

Baron-Cohen, S. (2008). Intervención, educación y tratamiento. En *Autismo y Síndrome de Asperger* (pp. 143–163). Alianza Editorial.

Bonilla, M. F & Chaskel, R. (2016). *Trastorno del Espectro Autista: Curso Continuo de Actualización de Pediatría*. Sociedad Colombiana de Pediatría,15(1). <https://scp.com.co/wp-content/uploads/2016/04/2.-Trastorno-espectro.pdf>

Confederación Autismo España. (s. f.). *Intervención y apoyos*.

<http://www.autismo.org.es/sobre-los-TEA/intervencion>

de la Paz, M. P. (2021). *El trastorno del espectro autista en la Unión Europea (ASDEU)*. Siglo Cero, 52(2), 43–59.

Elsabbagh, M., Divan, G., Koh, Y. J., Kim, Y. S., Kauchali, S., Marcín, C., Montiel-Nava, C., Patel, V., Paula, C. S., Wang, C., Yasamy, M. T., &

Fombonne, E. (2012). *Global prevalence of autism and other pervasive developmental disorders*. *Autism research: official journal of the International Society for Autism Research*, 5(3), 160–179.

Fernandes, S. M., Vázquez-Justo, E., & Blanco, A. P. (2017). TDAH y TEA (Trastornos del Espectro del Autismo): Comorbilidad y diagnóstico diferencial. En E. Vázquez-Justo, & A.P. Blanco. *THDA y Trastornos Asociados* (pp. 101-111). Maribor: Lex Localis Press.

Forteza Sevilla, M., Escandell Bermúdez, M., & Castro Sánchez, J. (2013). *Aumento de la prevalencia de los Trastornos del Espectro Autista: una revisión teórica*. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 747-764.

Garrabé de Lara, J. (2012). *El autismo: Historia y clasificaciones*. *Salud mental*, 35(3), 257-261.

Gálvan, M. (2017). *Signos de alerta en los trastornos del espectro del autismo*. *Formación médico Continuada en Atención Primaria*, 24(10), 586-589.

Head, A.M., McGillivray, J.A. & Stokes, M.A. (2014). *Gender differences in emotionality and sociability in children with autism spectrum disorders*. *Molecular Autism*, 5.

Hernández, O., Spencer, R., & Lagos, J.-F. (2021). *Instrumentos para detectar el trastorno del espectro autista: Revisión sistemática de la literatura*. *Integración Académica en Psicología*, 9(25), 95–106.

Hervás A. (2016). *Un autismo, varios autismos. Variabilidad fenotípica en los trastornos del espectro autista*. *Revista de Neurología*, 62(1), 9-14.

Hervás, A., Maristany, M., Salgado, M., & Sanchez Santos, L. (2012). *Los trastornos del espectro autista*. *Pediatría Integral*, XVI (10), 780–794.

Horiuchi, F., Oka, Y., Uno, H., Kawabe, K., Okada, F., Saito, I., Tanigawa, T. and Ueno, S. (2014). *Age- and sex-related problems in ASD*. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 68, 542-550.

- Hull, L., Mandy, W., & Petrides, K. (2017). *Behavioural and cognitive sex/gender differences in autism spectrum condition and typically developing males and females*. *Autism*, 21(6), 706–727.
- Calvo, D., Galindo, C., Galindo, E., García, C., Hernáiz, L. & Lalana, P. (2021). *Trastornos del espectro autista (TEA) en mujeres. Fingiendo que no pasa nada*. RSI - Revista Sanitaria de Investigación. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/trastornos-del-espectro-autista-tea-en-mujeres-fingiendo-que-no-pasa-nada/>
- Lever, A. G., & Geurts, H. M. (2016). *Psychiatric Co-occurring Symptoms and Disorders in Young, Middle-Aged, and Older Adults with Autism Spectrum Disorder*. *Journal of autism and developmental disorders*, 46(6), 1916–1930.
- López Gómez, S., Rivas Torres, R. M., & Taboada Ares, E. M. (2012). *Historia del trastorno autista*. *Apuntes de Psicología*, 28(1), 51–64.
- Manouilenko, I. & Bejerot, S. (2015). *Sukhareva—Prior to Asperger and Kanner*. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69(6), 1761-1764.
- Medraño, E. (2015). *Historia de los Trastornos del Espectro del Autismo*. Vínculo. <http://www.vinculoatenciontemprana.com/historia-de-los-trastornos-del-espectro-del-autismo/>
- Meng-Chuan, L., Lombardo, M., Auyeung, B., Chakrabarti, B. & Baron-Cohen, S. (2014). *Sex/Gender Differences and Autism: Setting the Scene for Future Research*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(1), 11-24.
- Montagut Asunción, M., Más Romero, R. M., Fernández Andrés, M. I. y Pastor Cerezuela, G. (2018). *Influencia del sesgo de género en el diagnóstico de trastorno de espectro autista: una revisión*. *Escritos de Psicología*, 11, 42-54.
- Morral, A., Alcàcer, B., Sánchez, E., Mestres, M., Farrés, N., Monreal, N., & Gonzalez, S. (2012). *Comprensión y abordaje educativo y terapéutico del TEA*. Horsori editorial.

- Muggleton, J., MacMahon, K., & Johnston, K. (2019). *Exactly the same but completely different: A thematic analysis of Clinical Psychologists' conceptions of Autism across genders*. *Science Direct*, 62, 75–84.
- Mulas, F., Ros-Cervera, G., Millá, MG., Etchepareborda, MC., Abad, L. & Téllez de Meneses, M. (2010). *Modelos de intervención en niños con autismo*. *Revista de Neurología*, 50 (3), 77-84.
- Paula-Pérez, I. (2013). *Diagnóstico diferencial entre el trastorno obsesivo compulsivo y los patrones de comportamiento, actividades e intereses restringidos y repetitivos en los trastornos del espectro autista*. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 6, 178–186.
- Paula-Perez, I. & Martos-Pérez, J. (2009) *Síndrome de Asperger y autismo de alto funcionamiento: comorbilidad con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo*. *Revista de Neurología*, 48(2), 31-34.
- Psiconnect. (2021). *¿Qué factores pueden influir en la salud mental?* <https://www.psiconnect.ec/factores-que-influyen-en-la-salud-mental/>
- Ruggieri, V. & Arberas, C. (2016). *Autism in females: clinical, neurobiological and genetic aspects*. *Revista de Neurología*, 62, 21-26.
- Ruggieri, V. & Arberas, C. (2018). *Regresión autista: aspectos clínicos y etiológicos [Autistic regression: clinical and aetiological aspects]*. *Revista de neurología*, 66(1), 17-23.
- Ruggieri, V. & Arberas, C. (2019). *Autismo: Aspectos genéticos y biológicos*. *Medicina (Buenos Aires)*, 79(1), 16-21.
- Rutter, M., Bailey, A. y Lord, C. (2019). *SCQ. Cuestionario de Comunicación Social*. TEA Ediciones.
- Rynkiewicz, A., Janas-Kozik, M., & Słopień, A. (2019). *Girls and women with autism*. *Psychiatria polska*, 53(4), 737–752.
- Solomon, M., Miller, M., Taylor, S.L. et al. (2012). *Autism Symptoms and Internalizing Psychopathology in Girls and Boys with Autism Spectrum Disorders*. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 42, 48–59.

Varela-González, DM., Ruiz-García, M., Vela-Amieva, M., Munive-Báez L. & Hernández-Antúnez, BG. (2011). *Conceptos actuales sobre la etiología del autismo*. Acta Pediátrica de México, 32(4), 213-222.

Wing, L. (1998). *El autismo en niños y adultos. Una guía para la familia* (1.ª ed.). Paidós Ibérica.

Young, H., Oreve, M.-J., & Speranza, M. (2018). *Clinical characteristics and problems diagnosing autism spectrum disorder in girls*. Science Direct, 25, 399–403.

Annex I: Criteris DSM-5

A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos, pero no exhaustivos):

1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional, varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.
2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social, varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.
3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones, varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas.

Especificar la gravedad actual: La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos.

B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos, pero no exhaustivos):

1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (p. ej., estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).
2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p. ej., gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo,

necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).

3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (p. ej., fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).
4. Hiper o hipo-reactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p. ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento).

Especificar la gravedad actual: La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos.

- C. Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).
- D. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.
- E. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro del autismo con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro del autismo y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo.

El diagnóstico del DSM-5 se debe completar especificando si el TEA cursa:

- Con o sin déficit intelectual acompañante.
- Con o sin deterioro del lenguaje acompañante.
- Asociado a una afección médica o genética, o a un factor ambiental conocidos.
- Asociado a otro trastorno del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento.
- Con catatonía.

Annex II: Nivells de gravetat segons el DSM-5

| NIVEL DE GRAVEDAD | COMUNICACIÓN SOCIAL | COMPORTAMIENTOS RESTRICTIVOS |
|--|---|---|
| <p>NIVEL 3: Necesita ayuda muy notable</p> | <p>Las deficiencias graves de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal causan alteraciones graves del funcionamiento, inicio muy limitado de las interacciones sociales y respuesta mínima a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona con pocas palabras inteligibles que raramente inicia interacción y que, cuando lo hace, realiza estrategias inhabituales sólo para cumplir con las necesidades y únicamente responde a aproximaciones sociales muy directas.</p> | <p>La inflexibilidad de comportamiento, la extrema dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos o repetitivos interfieren notablemente con el funcionamiento en todos los ámbitos. Ansiedad intensa/dificultad para cambiar el foco de acción.</p> |
| <p>NIVEL 2: Necesita ayuda notable</p> | <p>Deficiencias notables de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal; problemas sociales aparentes incluso con ayuda in situ; inicio limitado de interacciones sociales; y reducción de respuesta o respuestas no normales a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona que emite frases sencillas, cuya interacción se limita a</p> | <p>La inflexibilidad de comportamiento, la dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos o repetitivos aparecen con frecuencia claramente al observador casual e interfieren con el funcionamiento en diversos contextos. Ansiedad y/o dificultad para cambiar el foco de acción.</p> |

Diferencias de género en el TEA

| | | |
|-------------------------|--|--|
| | intereses especiales muy concretos y que tiene una comunicación no verbal muy excéntrica. | |
| NIVEL 1: Necesita ayuda | Sin ayuda in situ, las deficiencias en la comunicación social causan problemas importantes. Dificultad para iniciar interacciones sociales y ejemplos claros de respuestas atípicas o insatisfactorias a la apertura social de otras personas. Puede parecer que tiene poco interés en las interacciones sociales. Por ejemplo, una persona que es capaz de hablar con frases completas y que establece comunicación, pero cuya conversación amplia con otras personas falla y cuyos intentos de hacer amigos son excéntricos y habitualmente sin éxito. | La inflexibilidad de comportamiento causa una interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos. Dificultad para alternar actividades. Los problemas de organización y de planificación dificultan la autonomía. |

Annex III: Conductes presents sovint en el TEA femení

| DOMINI | CONDUCTES |
|--|--|
| INTERACCIÓ SOCIAL | <p>Consciència més gran de la necessitat d'interacció social. Desig d'interactuar amb els altres. Passivitat, sovint percebut com "simplement tímid" Tendència a imitar els altres en les interaccions socials, cosa que pot ser esgotador Tendència a "camuflar" les dificultats emmascarant i/o desenvolupant estratègies compensatòries. Una o poques amistats properes Tendència a ser cuidat en un grup de companys a l'escola primària, però sovint assetjat a l'escola secundària</p> |
| COMUNICACIÓ | <p>Millors habilitats lingüístiques en el desenvolupament Millor imaginació (fantasieja i s'escapa a la ficció i al joc de simulació, però és propens a ser no recíproc, amb guió i massa controlat)</p> |
| CONDUCTA REPETITIVA I INTESSOS RESTRINGITS | <p>Els interessos restringits tendeixen a involucrar persones/animals en lloc d'objectes/coses, cosa que pot ser menys reconeguda com a relacionada amb l'autisme.</p> |
| ALTRES | <p>Tendència a ésser perfeccionista, molt decidida. Tendència a ser controladora (en el joc amb els companys) Evasió de demanda alta (passiva) Tendència a tenir episodis de problemes d'alimentació.</p> |

Annex IV: Qüestionari

Edat:

Gènere:

Edat de Diagnòstic:

Llegeixi les següents afirmacions i contesti segons les conductes que realitza el seu fill/filla habitualment, recordi que no hi ha respostes correctes o incorrectes. La informació recollida es totalment anònima.

| | D'acord total | D'acord Parcial | Desacord Parcial | Desacord Total |
|---|---------------|-----------------|------------------|----------------|
| 1.Li agrada fer les coses sempre de la mateixa forma | | | | |
| 2.Li costa fer amics nous | | | | |
| 3.Tendeix a desviar la mirada quan esta parlant amb algú | | | | |
| 4.Mostra preferència per fer les coses sol/a | | | | |
| 5.Té interessos per coses poc usuals (trens, coets, cotxes) | | | | |
| 6.Les situacions noves li generen ansietat | | | | |
| 7.Té dificultats per identificar les emocions en el altres | | | | |
| 8.Enten les ironies, els sarcasmes i el llenguatge metafòric. | | | | |
| 9.Quan esta fent una activitat sovint sembla que no se'n adona del que passa al seu voltant | | | | |
| 10.Quan parla, té en compte els sentiments de la gent | | | | |
| 11.Té facilitat per desenvolupar-se en diverses situacions socials | | | | |
| 12. S'adapta amb facilitat als canvis | | | | |
| 13.Sap identificar les seves emocions | | | | |
| 14.Tendeix a parlar del mateix tema | | | | |
| 15. Li costa expressar i gestionar les seves emocions | | | | |
| 16.Té facilitat per jugar amb altres nens interpretant altres personatges | | | | |
| 17.Sap seguir una conversa quan esta en una situació social | | | | |
| 18.Es fixa en petits detalls que a altres persones no criden l'atenció | | | | |

Diferències de gènere en el TEA

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 19. Joga o ha jugat a jocs de fantasia (superherois, princeses, etc.) | | | | |
| 20. Li molesten els sorolls, les llums o els olors forts | | | | |
| 21. Mostra poc interès per altres nens | | | | |
| 22. Quan està nerviós realitza conductes repetitives (girar objectes, picar de mans etc.) | | | | |
| 23. És un nen/a sociable | | | | |
| 24. S'integra fàcilment als grups | | | | |
| 25. Interromp o sembla que no escolta quan els altres parlen | | | | |
| 26. Li costa expressar el que vol dir | | | | |
| 27. El seu discurs és repetitiu o fa servir paraules estranyes o inventades | | | | |
| 28. Es relaciona amb nen/es més petits/es que ell/a | | | | |
| 29. Tendeix a preocupar-se massa per coses aparentment sense importància | | | | |
| 30. Mostra problemes d'alimentació (textures, selectivitat d'aliments, sensibilitat etc.) | | | | |
| 31. No integra correctament el llenguatge corporal i els gestos mentre conversa | | | | |
| 32. El seu to de veu és monòton o té dificultats per controlar el volum de la veu | | | | |
| 33. Té dificultats amb les normes socials (saludar, acomiadar-se etc.) | | | | |

Altres diagnòstics actuals:

Moltes gràcies per la seva participació.

Annex V: Proves T per mostres independents

Prueba de muestras independientes

| | | Prueba de Levene de igualdad de varianzas | | prueba t para la igualdad de medias | | | | | | 95% de intervalo de confianza de la diferencia | |
|-------|--------------------------------|---|------|-------------------------------------|--------|----------------|-------------------|----------------------|------------------------------|--|----------|
| | | F | Sig. | t | gl | Significación | | Diferencia de medias | Diferencia de error estándar | Inferior | Superior |
| | | | | | | P de un factor | P de dos factores | | | | |
| Total | Se asumen varianzas iguales | 3,071 | ,085 | -,763 | 64 | ,224 | ,449 | -1,056 | 1,384 | -3,821 | 1,710 |
| | No se asumen varianzas iguales | | | -,709 | 39,901 | ,241 | ,483 | -1,056 | 1,489 | -4,066 | 1,955 |

1 Interacció social

Prueba de muestras independientes

| | | Prueba de Levene de igualdad de varianzas | | prueba t para la igualdad de medias | | | | | | 95% de intervalo de confianza de la diferencia | |
|-------|--------------------------------|---|------|-------------------------------------|--------|----------------|-------------------|----------------------|------------------------------|--|----------|
| | | F | Sig. | t | gl | Significación | | Diferencia de medias | Diferencia de error estándar | Inferior | Superior |
| | | | | | | P de un factor | P de dos factores | | | | |
| Total | Se asumen varianzas iguales | 2,749 | ,102 | -,880 | 64 | ,191 | ,382 | -1,131 | 1,285 | -3,697 | 1,436 |
| | No se asumen varianzas iguales | | | -,834 | 42,624 | ,204 | ,409 | -1,131 | 1,355 | -3,864 | 1,603 |

2 Comunicació

Diferencias de gènere en el TEA

Prueba de muestras independientes

| | | Prueba de Levene de igualdad de varianzas | | prueba t para la igualdad de medias | | | | | | 95% de intervalo de confianza de la diferencia | |
|-------|--------------------------------|---|------|-------------------------------------|--------|----------------|-------------------|----------------------|------------------------------|--|----------|
| | | F | Sig. | t | gl | Significación | | Diferencia de medias | Diferencia de error estándar | Inferior | Superior |
| | | | | | | P de un factor | P de dos factores | | | | |
| Total | Se asumen varianzas iguales | 2,351 | ,130 | -1,934 | 64 | ,029 | ,058 | -2,354 | 1,217 | -4,786 | ,077 |
| | No se asumen varianzas iguales | | | -1,761 | 37,308 | ,043 | ,086 | -2,354 | 1,337 | -5,062 | ,354 |

3 Conducta

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Significación asintótica (bilateral) | Significación exacta (bilateral) | Significación exacta (unilateral) |
|--|--------------------|----|--------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 4,037 ^a | 1 | ,045 | | |
| Corrección de continuidad ^b | 2,912 | 1 | ,088 | | |
| Razón de verosimilitud | 3,938 | 1 | ,047 | | |
| Prueba exacta de Fisher | | | | ,068 | ,045 |
| N de casos válidos | 66 | | | | |

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,68.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

4 Comorbiditats

Diferencias de gènere en el TEA

Prueba de muestras independientes

| | | Prueba de Levene de igualdad de varianzas | | prueba t para la igualdad de medias | | | | | | 95% de intervalo de confianza de la diferencia | |
|------|--------------------------------|---|------|-------------------------------------|--------|----------------|-------------------|----------------------|------------------------------|--|----------|
| | | F | Sig. | t | gl | Significación | | Diferencia de medias | Diferencia de error estándar | Inferior | Superior |
| | | | | | | P de un factor | P de dos factores | | | | |
| Edat | Se asumen varianzas iguales | 1,277 | ,263 | ,263 | 64 | ,397 | ,793 | ,2293 | ,8711 | -1,5109 | 1,9695 |
| | No se asumen varianzas iguales | | | ,249 | 42,057 | ,402 | ,805 | ,2293 | ,9225 | -1,6323 | 2,0908 |

5 Edat de diagnòstic