

Cambios Percibidos Pre y Post- Diagnóstico Por Mujeres Con Trastorno del Espectro Autista, Desde el Modelo de Adaptación de Callista Roy.

Perceived Changes Before and After Diagnosis in Women with Autism Spectrum Disorder: A Study Based on Callista Roy's Adaptation Model.

Recibido: 29 de diciembre 2025 Aceptado: 18 de marzo 2026 Publicado: 27 de Abril 2026

Macarena Eugenia del Pilar Cortés Machuca

ORCID: 009-0000-9737-8912.

Titulada Carrera de Enfermería Universidad Arturo Prat

Camila Elizabeth Castro Mamani

ORCID: 0009-0004-0387-3103.

Titulada Carrera de Enfermería Universidad Arturo Prat

Patricia Cecilia Viguera Cheres

ORCID: 0000-0002-5961-2015.

Enfermera. Docente guía de tesis.

Responsable de la Investigación.

Investigadora Correspondiente

Resumen

Objetivo: Conocer la percepción de las mujeres con Trastorno del Espectro Autista (TEA) sobre los cambios percibidos en el proceso pre y post diagnóstico, según el modelo de adaptación de Callista Roy en la Región de Tarapacá.

Metodología: Estudio cualitativo de tipo descriptivo, para el cual se utilizó una muestra pragmática con la técnica bola de nieve. Esta muestra está compuesta por 8 mujeres adultas diagnosticadas con TEA, contactadas por medio de 2 organizaciones sociales: TEA MÁS Y Centro Autismo Iquique, seleccionando a quienes reunieron criterios de inclusión. Se emplea una entrevista semi estructurada desarrollada por las investigadoras respondiendo a los objetivos del estudio y revisada por tres expertas en el área. Utilizando el modelo de

adaptación de Callista Roy, el cual nos permite comprender la adaptabilidad de las mujeres durante el cumplimiento de sus roles, en su cotidianidad.

Resultados: Las experiencias previas al diagnóstico se caracterizan porque las participantes vivenciaron una constante sensación de incompreensión y de sentirse diferentes del resto de las personas, lo que las llevaba a forzar su adaptación a normas sociales. Posterior al diagnóstico, emergió una resignificación de su historia personal, con alivio, validación y una mayor conciencia emocional. Las estrategias desarrolladas incluyen autocuidado sensorial, regulación emocional, redefinición de roles y búsqueda de apoyo.

Conclusiones: Desde el Modelo de Adaptación de Callista Roy, se interpreta que estas mujeres transitan procesos de adaptación frente a múltiples estímulos del entorno. El diagnóstico funcionó como un estímulo contextual que reconfiguró la percepción de sí mismas y promovió respuestas adaptativas en los modos fisiológico, psicológico, relacional y de rol. Estas estrategias buscan reducir el malestar, y también habitar su identidad con mayor conciencia y autenticidad. Este estudio demuestra la aplicabilidad del modelo de Roy para comprender las experiencias neurodivergentes y destaca la necesidad de entornos más empáticos e informados que reconozcan y valoren la diversidad neurológica.

Palabras Claves: Trastorno del espectro autista (TEA), experiencias del diagnóstico TEA, autismo en mujeres.

Abstract

Objective: To explore the perceptions of women with autism spectrum disorder (ASD) regarding the changes experienced before and after diagnosis, using Callista Roy's Adaptation Model in the Tarapacá Region.

Methodology: A qualitative pragmatic study with a descriptive design was conducted. A pragmatic sample was obtained through snowball sampling, comprising eight adult women diagnosed with ASD. Participants were recruited through two social organizations: TEA MÁS and Centro Autismo Iquique. Inclusion criteria were applied to select the participants. Data were collected using a semi-structured interview developed by the researchers, aligned with the study objectives, and reviewed by three experts. Roy's Adaptation Model was employed to analyze how women adapt to everyday roles.

Results: Prior to diagnosis, participants reported persistent feelings of misunderstanding and

difference from others, often forcing themselves to conform to social norms. Following diagnosis, they described a re-signification of their personal histories, characterized by relief, validation, and heightened emotional awareness. Identified coping strategies included sensory self-care, emotional regulation, role redefinition, and seeking social support.

Conclusions: According to Roy's Adaptation Model, women with ASD undergo continuous adaptive processes in response to multiple environmental stimuli. Diagnosis functioned as a contextual trigger that self-perception and fostered adaptive responses across physiological, psychological, relational, and role domains. These strategies not only alleviated distress but also enabled participants to inhabit their identities with greater awareness and authenticity. This study demonstrates the applicability of Roy's model for understanding neurodivergent experiences and highlights the need for more empathetic and informed environments that recognize and value neurological diversity.

Keywords: Autism Spectrum Disorder (ASD), diagnostic experiences, women and autism.

“Mudanças percebidas pré e pós-diagnóstico de mulheres com Transtorno do Espectro Autista, a partir do Modelo de Adaptação de Callista Roy.”

RESUMO

Objetivo: Conhecer a percepção das mulheres com Transtorno do Espectro Autista (TEA) sobre as mudanças percebidas no processo pré e pós-diagnóstico, segundo o Modelo de Adaptação de Callista Roy na Região de Tarapacá.

Metodologia: Estudo qualitativo de caráter pragmático com desenho descritivo, no qual foi utilizada uma amostra pragmática com a técnica de bola de neve. Essa amostra foi composta por 8 mulheres adultas diagnosticadas com TEA, contatadas por meio de 2 organizações sociais: TEA MÁS e Centro Autismo Iquique, selecionando aquelas que cumpriram os critérios de inclusão. Foi utilizada uma entrevista semiestruturada, desenvolvida pelas pesquisadoras em conformidade com os objetivos do estudo e revisada por três especialistas na área. O Modelo de Adaptação de Callista Roy foi aplicado como referencial, permitindo compreender a adaptabilidade das mulheres no cumprimento de seus papéis no cotidiano.

Resultados: As experiências anteriores ao diagnóstico se caracterizaram por uma constante sensação de incompreensão e de sentir-se diferentes das demais pessoas, o que as levava a

forçar sua adaptação às normas sociais. Após o diagnóstico, emergiu uma resignificação de sua história pessoal, marcada por alívio, validação e maior consciência emocional. As estratégias desenvolvidas incluíram autocuidado sensorial, regulação emocional, redefinição de papéis e busca de apoio.

Conclusões: A partir do Modelo de Adaptação de Callista Roy, interpreta-se que essas mulheres percorrem processos de adaptação frente a múltiplos estímulos do ambiente. O diagnóstico funcionou como um estímulo contextual que reconfigurou a percepção de si mesmas e promoveu respostas adaptativas nos modos fisiológico, psicológico, relacional e de papéis. Essas estratégias não apenas visam reduzir o desconforto, mas também possibilitam habitar sua identidade com maior consciência e autenticidade. O estudo confirma a utilidade do Modelo de Roy para compreender experiências neurodivergentes. Além disso, evidencia a necessidade de ambientes mais empáticos e informados, que reconheçam e valorizem a diversidade neurológica.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista (TEA), experiências de diagnóstico do TEA, autismo em mulheres

Introducción

El Trastorno del espectro autista (TEA), según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por dificultades persistentes en la comunicación e interacción social, junto con patrones repetitivos y restringidos de comportamiento, presentes desde la infancia y que afectan el funcionamiento diario.¹ En la infancia el deterioro funcional es evidente según las características de la persona y su entorno, exigiendo el manejo progresivo de códigos verbales y no verbales. La persona debe aprender a interpretar y expresar intenciones propias y ajenas mediante palabras, gestos, movimientos y tonos de voz, así como anticipar las consecuencias de sus acciones y la conducta de los demás para participar adecuadamente en los cambios y desarrollo de la sociedad en la que vive y se desarrolla.²

En los últimos años el diagnóstico de TEA en mujeres presenta dificultades debido a que sus manifestaciones difieren de los criterios tradicionales basados en muestras masculinas. Estas diferencias, junto a estrategias como el camuflaje social y la imitación de conductas, pueden ocultar síntomas, haciendo que su detección sea más compleja y tardía en comparación con

los hombres.³

El autismo fue descrito por Kanner (1943) y Asperger (1944) como un trastorno con dificultades en la interacción social y conductas repetitivas, inicialmente confundido con esquizofrenia infantil, pero diferenciado por su origen temprano y evolución, sentando así las bases de la comprensión actual del TEA.⁴

El DSM-I (1952) buscó unificar criterios diagnósticos, pero fue el DSM-III el que definió el autismo con mayor precisión, diferenciándolo de otros trastornos y estableciéndolo como una condición propia del neurodesarrollo y sentó las bases de su comprensión actual.⁵

En 2013, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) publicó el DSM-5,⁶ que unificó trastornos antes separados —como el síndrome de Asperger y el trastorno autista— en una sola categoría: Trastorno del Espectro Autista (TEA), definido como un trastorno del neurodesarrollo persistente y heterogéneo.⁷

El DSM-5 clasifica el TEA en tres niveles de gravedad según el apoyo requerido: Nivel I (necesita ayuda), con dificultades en la comunicación y autonomía; Nivel II (necesita ayuda notable), con problemas sociales y resistencia al cambio; y Nivel III (necesita ayuda muy notable), con déficits severos en la comunicación y gran rigidez conductual.⁶

La Teoría de la Mente, desarrollada por David Premack y Guy Woodruff (1978) y aplicada al autismo por Simon Baron-Cohen, Alan Leslie y Uta Frith (1985), explica la capacidad de comprender estados mentales propios y ajenos, la cual se ve afectada en el TEA, dificultando la comprensión e interacción social. Sin embargo, en mujeres estas dificultades pueden pasar desapercibidas mediante el camuflaje social, estrategia influida por la socialización de género que permite simular una interacción adecuada, aunque con un alto costo en estrés, agotamiento, malestar psicológico y riesgo de diagnósticos tardíos o erróneos.⁸⁻⁹

La Ley 21.545 (2023) define el TEA como una condición del neurodesarrollo con dificultades en la comunicación, interacción social y conductas restrictivas, y busca garantizar derechos, promover la inclusión y asegurar igualdad de oportunidades en salud, educación y sociedad.¹⁰

En Chile, el personal de enfermería utiliza pautas de cotejo de señales de alerta junto a escalas de desarrollo psicomotor para detectar tempranamente posibles alteraciones⁴, incluyendo el TEA, durante el control de salud infantil, mediante observación directa. Entre estas

herramientas se encuentran el TEPSI (Test de Desarrollo Psicomotor) de 2 a 5 años, que evalúa coordinación, lenguaje y motricidad; la EEDP (Escala de Desarrollo Psicomotor) de 0 a 24 meses, valora motricidad, lenguaje, social y coordinación ¹¹; y el M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers) de 16 a 30 meses, orientado a identificar riesgo de TEA o retrasos del desarrollo y facilitar la derivación oportuna. ⁶ Si bien estas evaluaciones fueron desarrolladas con base en población chilena, su confiabilidad y validez aún no están completamente establecidas. ¹²

El diagnóstico del TEA se basa en herramientas estandarizadas como el ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule, segunda edición), que evalúa comunicación, interacción social, juego y conductas repetitivas desde los 12 meses hasta la adultez, y el ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised), una entrevista estructurada a padres o cuidadores que explora el desarrollo en áreas clave. ⁶

Aunque existen herramientas de detección temprana, en la práctica clínica chilena el diagnóstico de TEA suele retrasarse debido a la variabilidad de sus manifestaciones y a estrategias adaptativas que ocultan los síntomas, especialmente en niñas. ¹³

La detección precoz del TEA es clave, ya que la falta de lenguaje y bajo funcionamiento cognitivo a los 5 años se asocian a mayores dificultades futuras en adaptación y autosuficiencia. Aunque hay pocos estudios sobre intervenciones tempranas intensivas, estos evidencian mejoras en lenguaje, comunicación, conducta adaptativa y calidad de vida del niño y su familia. ¹⁴

Históricamente, el TEA se ha diagnosticado más en hombres, lo que ha invisibilizado sus manifestaciones en mujeres, debido a criterios basados en muestras masculinas y al camuflaje social, dificultando su detección y favoreciendo diagnósticos tardíos que impactan su bienestar emocional, social y profesional. ¹⁵

Según la OMS (2017), el TEA afecta aproximadamente a 1 de cada 160 niños a nivel mundial, con estimaciones cercanas al 1% de la población. En Chile (2016), se calcula que 18.798 niños y adolescentes (6 a 17 años) tienen diagnóstico de TEA, lo que implica que alrededor de 75.192 personas conviven con esta condición considerando a sus familias. ¹⁶ A nivel global, se diagnostica un caso cada 21 minutos, siendo más frecuente en hombres que en mujeres. ¹⁷ En Chile no existen cifras precisas de TEA; una estimación de 2017 por el Dr. Mauricio Gómez Chamorro del Departamento de Salud Mental, DIPRECE y MINSAL, indica que

alrededor de 50.500 niños y adolescentes.¹⁶ La falta de recursos e instrumentos adecuados dificulta un registro exacto, especialmente considerando el subdiagnóstico en mujeres y el uso de herramientas basadas principalmente en población masculina.

La literatura evidencia un sesgo de género en el diagnóstico del TEA, históricamente más frecuente en hombres, con proporciones estimadas de 3:1, lo que ha generado un modelo basado en manifestaciones masculinas.³ Sin embargo, el fenotipo femenino presenta características más sutiles y estrategias adaptativas que dificultan su detección, favoreciendo diagnósticos tardíos y cuestionando los modelos tradicionales de evaluación.¹⁸

El aumento de diagnósticos de TEA en mujeres se relaciona más con una mayor visibilización —especialmente en redes sociales— y con herramientas más sensibles como el CAT-Q (Camouflaging Autistic Traits Questionnaire), que permiten detectar estrategias de camuflaje antes no identificadas, que con un incremento real de la prevalencia.¹⁹

El sesgo de género y los estereotipos sobre el comportamiento femenino han favorecido que muchas niñas y mujeres con TEA pasen desapercibidas al ajustarse a expectativas normotípicas,²⁰ lo que, sumado a la falta de especialistas y formación sobre el fenotipo femenino, ha contribuido a diagnósticos tardíos y complejos.³

Las niñas con TEA pueden aparentar mayores habilidades sociales debido a normas de género, utilizando estrategias de camuflaje como observación, imitación y memorización, descritas por Lorna Wing para ocultar rasgos autistas¹⁷. Aunque esto facilita la adaptación, implica un alto costo psicológico, incluyendo estrés, ansiedad y afectación de la identidad. Estas dificultades se intensifican en la adolescencia, cuando aumentan las demandas sociales y emocionales.³

Las adolescentes con TEA, como mostró Memari Amir, presentan menor flexibilidad cognitiva, lo que incrementa el aislamiento social y el riesgo de problemas de salud mental, a menudo mal diagnosticados. Esto se relaciona con el hallazgo de Montagut Asunción et al., quienes reportan que el TEA en mujeres se diagnostica hasta 15 veces menos que en hombres, ya que las herramientas basadas en muestras masculinas no detectan manifestaciones más sutiles.³

El estudio de Beck (2020) señala que el 55% de mujeres autistas utiliza camuflaje (74% de forma intensa), asociado a problemas de salud mental y a dificultades en la detección clínica²¹. Un caso reportado por BBC News Mundo muestra retraso diagnóstico por sesgo de género

y confusión con otros trastornos, ya que sus habilidades sociales dificultaron la identificación del TEA.²²

En Chile, Maritza Leiva encontró que el 75% de mujeres fue diagnosticada entre los 20 y 35 años, en procesos tardíos influenciados por sesgos, falta de especialistas, desconocimiento profesional y estigma social, ya que el temor a prejuicios y al desconocimiento profesional retrasa el diagnóstico en mujeres.²³⁻²⁴

Las mujeres que reconocen su sintomatología pueden no ser diagnosticadas precozmente o recibir diagnósticos erróneos, ya que sus manifestaciones suelen confundirse con otros trastornos de salud mental.²⁵ Estos diagnósticos erróneos se relacionan con diferencias de género, ya que en niñas los síntomas son más complejos y menos evidentes, lo que favorece su confusión con otros trastornos. Además, la depresión es frecuente en mujeres con TEA, asociada al diagnóstico tardío y al camuflaje, con un riesgo mayor que en la población general.¹⁵

En personas con TEA, no todas las conductas o expresiones cognitivas están directamente relacionadas con el autismo. La depresión puede manifestarse de forma distinta, con síntomas como alteraciones del sueño, menor interacción social, cambios conductuales y aumento de trastornos sensoriales. Estas similitudes pueden confundirse con rasgos del TEA, dificultando la detección temprana y aumentando el riesgo de agravamiento y conductas suicidas.²⁶

La ansiedad es una comorbilidad frecuente en el TEA y su detección temprana es clave para prevenir complicaciones. Según Ruggiere (2020), las personas con autismo tienen un riesgo de suicidio tres veces mayor que la población general, especialmente mujeres, el riesgo aumenta hasta ocho veces en quienes utilizan camuflaje, asociado a ansiedad, depresión y autolesiones.²⁷ La falta de apoyo, acoso y presión por adaptarse genera tristeza, desmotivación y desánimo.

Un estudio de Maritza Leiva (2022) evidenció que mujeres con TEA consideran que un diagnóstico temprano habría reducido dificultades emocionales, problemas de identidad y decisiones influenciadas por otros, además de mejorar su socialización. Muchas relatan haber sentido desde la infancia que no encajaban, lo que afectó su autenticidad y generó una búsqueda de respuestas, a menudo sin éxito, e incluso con invalidación del diagnóstico por parte de su entorno.²⁴

El diagnóstico de TEA impacta a toda la familia, generando emociones como ansiedad y

confusión lo que genera cuestionamientos sobre por qué no lo identificaron antes, requiriendo ajustes en su comprensión y dinámicas.²⁸⁻²⁹ El estudio de Cala (2015) destacó la importancia del rol de padres, hermanos y abuelos en el bienestar de los niños y la prevención de complicaciones. El 40% de los padres describió su primera impresión del diagnóstico como preocupante y confusa, observando conductas como agresividad, descontrol, ataques de ira, autoagresiones y escapadas, así como una reducción de la participación social y sensación de aislamiento. Cuando la familia logra adaptarse, se convierte en un apoyo clave para el bienestar y desarrollo de la persona, aunque en casos de diagnóstico en la adultez puede resultar sorprendente y cuestionar creencias previas, evidenciando la importancia del contexto familiar en su desarrollo.¹⁷

Callista Roy define la enfermería como una ciencia orientada a promover la salud y el bienestar a través de la adaptación ³⁰. Su modelo permite comprender de forma integral las respuestas adaptativas de las mujeres con TEA en los ámbitos fisiológico, autoconcepto, función de rol e interdependencia. Desde este enfoque, la enfermería no solo valora aspectos clínicos, sino también experiencias subjetivas, emocionales y sociales, facilitando intervenciones centradas en la persona, como la regulación emocional, el autocuidado, el fortalecimiento de redes de apoyo y la orientación en roles, promoviendo una atención más empática, integral y procesos de adaptación más saludables.

Roy distingue los cuatro modos de adaptación y tres niveles de respuesta a los estímulos internos y externos. ³¹

Figura 1: Modos de Adaptación según Callista Roy

Modos de adaptación		Niveles de respuesta	
Fisiológico	Relacionado con funciones biológicas como la oxigenación, eliminación y descanso, necesarias para el bienestar.	Regulador	Son las respuestas automáticas fisiológicas y biológicas que ocurren ante los estímulos del entorno que facilitan o dificultan la adaptación. Estas respuestas no requieren un

			procesamiento consciente.
Auto concepto	Explora la percepción personal, emociones y autoestima, incluyendo la imagen corporal.	Cognitivo	Respuestas conscientes basadas en el pensamiento, percepción y emociones.
Rol	Aborda la capacidad de cumplir las expectativas sociales y laborales según los roles asumidos.	Conductual	Comportamientos visibles adquiridos, que reflejan estrategias de afrontamiento conscientes.
Inter dependencia	Se enfoca en las relaciones interpersonales, la dependencia y contribución a los demás.		

Fuente: Elaboración propia a partir de ‘*Aplicación del Modelo de Roy en el contexto comunitario*’

El estudio se basó en el Modelo de Adaptación de Callista Roy para analizar cómo las mujeres con TEA se adaptan en su vida cotidiana.³⁰ Este enfoque permite comprender sus procesos adaptativos y orientar el acompañamiento profesional frente a los cambios psicológicos y sociales tras el diagnóstico.³²

A partir de los estudios revisados, nos planteamos la siguiente pregunta: ¿Cuál es la percepción de las mujeres adultas diagnosticadas con Trastorno del Espectro Autista (TEA) sobre los cambios percibidos pre y post-diagnóstico en la Región de Tarapacá?

Objetivo General: Conocer la percepción de las mujeres diagnosticadas con Trastorno del Espectro Autista (TEA) sobre los cambios percibidos en el proceso pre y post diagnóstico, según el modelo de adaptación de Callista Roy en la Región de Tarapacá.

MATERIALES Y MÉTODOS

Investigación cualitativa, descriptiva con enfoque fenomenológico para comprender las experiencias de mujeres con TEA antes y después del diagnóstico, priorizando sus percepciones y significados personales. El diseño cualitativo fenomenológico permite comprender cómo las mujeres con TEA interpretan y resignifican su adaptación social tras el diagnóstico, identificando patrones comunes, sin perder la singularidad de sus experiencias. La muestra fue pragmática y seleccionada mediante bola de nieve, eligiendo participantes con características específicas para comprender en profundidad el fenómeno de adaptabilidad. Con el objetivo de obtener información detallada y relevante para describir el estudio ³³

Muestra compuesta por mujeres adultas (18 a 60 años) diagnosticadas con TEA, residentes en la Región de Tarapacá, quienes fueron reclutadas a través de las organizaciones “Centro Autismo Iquique” y “Fundación TEA MAS”, organizaciones dedicadas a la inclusión social, educativa y laboral de las personas con autismo y participan activamente en actividades educativas sobre el TEA.

Los criterios de inclusión de la muestra son: ser mujer (la disidencia sexual podría agregar elementos diferenciadores al diagnóstico de TEA), tener entre 18 y 60 años, haber sido diagnosticada con TEA, pertenecer a uno de los dos centros en estudio, residir en la región de Tarapacá, aceptar la firma de consentimiento informado para su participación y difusión de los resultados. Los criterios de exclusión: mujeres con TEA severo, ya que podría dificultar la obtención de información significativa.

Se utilizó una entrevista semiestructurada presencial con preguntas abiertas para explorar las experiencias de mujeres con TEA antes y después del diagnóstico, permitiendo identificar patrones y comprender en profundidad sus trayectorias,³⁴ basada en los modos de adaptación de Callista Roy. Este instrumento fue revisado por dos profesionales expertos en la temática y uno en metodología de investigación cualitativa. La validación de las preguntas se realizó en torno a tres elementos; si las preguntas daban respuestas a los objetivos, si el lenguaje es adecuado al grupo, si las preguntas están bien construidas.

Los datos fueron analizados utilizando el software de análisis cualitativo MAXQDA. Se realizó una lectura comprensiva inicial de las entrevistas con el fin de familiarizarse con los relatos. Posteriormente, se llevó a cabo una codificación abierta, identificando unidades de significado relevantes, las cuales fueron organizadas en una matriz de códigos (Modos de

Adaptación Pre-diagnóstico, Modos de Adaptación Post-diagnóstico y Estrategias de Adaptación). En una segunda etapa, estos códigos se agruparon en categorías, buscando semejanzas, diferencias y patrones en las experiencias de las participantes. El proceso de recolección se realizó hasta alcanzar saturación teórica. Finalmente, los resultados fueron interpretados a la luz del Modelo de Adaptación de Callista Roy, permitiendo comprender los procesos adaptativos en relación con el diagnóstico de TEA.

El presente estudio ha sido aprobado por el Comité Ético Científico de la Universidad Arturo Prat, número de resolución: CEC 37-2025. Asimismo, previo a las entrevistas, todas las participantes recibieron información detallada sobre los objetivos, procedimientos, riesgos y beneficios del estudio, incluyendo el consentimiento informado, la grabación y transcripción de las entrevistas. Se solicitó su firma para participar, garantizando el carácter voluntario, la posibilidad de retirarse en cualquier momento y la confidencialidad de la información. Resguardando en todo momento los principios éticos de autonomía, confidencialidad y resguardo de la información.

Las entrevistas se realizaron en dependencias de SENADIS y en el centro TEA MÁS, en salas libres de estímulos y con una duración aproximada de una hora, contando con apoyo de un psicólogo en caso de requerir contención. Los datos fueron almacenados de forma segura, tanto en formato digital con acceso restringido al equipo investigador, como en documentos físicos bajo su custodia, manteniendo registro de accesos. Su uso fue exclusivamente para la investigación y fueron eliminados al finalizar el estudio.

Las mujeres entrevistadas tienen entre 22 y 52 años de edad y, en su totalidad, son profesionales o se encontraban en proceso de formación en distintas áreas. Todas compartían tener familiares neurodivergentes; en este grupo, cinco eran madres, de las cuales cuatro tenían hijos neurodivergentes y una sospechaba que su hijo también lo fuera.

Para resguardar la confidencialidad, se utilizaron nombres ficticios y el acceso a la información fue restringido al equipo investigador.

Nombre Ficticio	Edad	Ocupación / Actividad	Año de Diagnóstico o TEA	Contexto Familiar	Antecedentes Relevantes
-----------------	------	-----------------------	--------------------------	-------------------	-------------------------

Cuidados de Enfermería y Educación en Salud

Carolina	26	Estudiante universitaria (Química y Farmacia)	2024	Vive con sus padres y su pareja. Tiene un sobrino autista.	Diagnóstico tras hospitalización psiquiátrica. Presenta hipersensibilidad auditiva y lumínica,
----------	----	---	------	--	--

					insomnio, TLP y depresión. Realiza “masking” en entornos sociales.
Daniela	43	Dueña de casa, traductora inglés español	2024	Vive con su esposo e hija neurodivergente.	Diagnóstico de autismo tipo 1. Presenta dislexia, disgrafía, dispraxia y TDAH. Alta sensibilidad sensorial y antecedentes familiares neurodivergentes.

Cuidados de Enfermería y Educación en Salud

Gloria	52	Educadora diferencial	2024	Vive con su madre y su hijo (autista).	Diagnóstico reciente tras depresión laboral. Hipersensibilidad sensorial, dificultades sociales y laborales. Implementa estrategias de autocuidado y regulación emocional.
Isidora	25	Estudiante universitaria (en proceso de tesis)	2021	Vive con su hermano (TDAH).	Diagnóstico a los 22 años. Sensibilidad a ruidos, luces y texturas. Sufrió bullying escolar. Usa estrategias de autorregulación como Autistapp

Cuidados de Enfermería y Educación en Salud

Mónica	24	Estudiante universitaria (Terapia Ocupacional)	2019	Vive con su tía; madre y hermana también autistas.	Diagnóstico tras años de psicoterapia. Hipersensibilidad sensorial, desregulación emocional e historia de depresión infantil. Ha desarrollado estrategias de autoconocimiento .
Cintia	36	Educadora diferencial	2024	Vive con su esposo e hijo.	Diagnóstico a los 35 años. Sensibilidades sensoriales, antecedentes de ansiedad, TLP y depresión. Trabaja con estudiantes neurodivergentes. Apoyo familiar significativo.
Magdalen	45	Ingeniera en	2023	Casada, madre	Diagnóstico en

a		ejecución, licenciada en turismo		cuidadora de hijo con autismo severo.	adultez. Hipersensibili dad es sensoriales, ansiedad social, alta capacidad cognitiva. Desarrolla estrategias de relajación y redes de apoyo.
Karla	48	Técnica especialista en gimnasia artística	2024	Vive con su esposo e hija autista; tres hijos adultos.	Diagnóstico a los 47 años. Hipersensibili dad a ruidos, luces y texturas. Historia de bullying y diagnósticos erróneos previos. Promueve inclusión de la neurodiversi dad en educación y deporte.

RESULTADOS

Los resultados permiten comprender las experiencias de mujeres con TEA a través del modelo de Callista Roy, organizadas en cuatro categorías: fisiológico, autoconcepto, interdependencia y función de rol, analizando su adaptación antes y después del diagnóstico.

Se presentan los resultados antes y después del diagnóstico para analizar los cambios en las participantes, permitiendo identificar transformaciones en su adaptación, reinterpretación de experiencias y autocomprensión.

1.- Sensaciones Físicas en Mujeres con Autismo: Entre la Persistencia y la Conciencia Sensorial.

Las experiencias sensoriales de las mujeres con TEA muestran una hipersensibilidad constante antes y después del diagnóstico; sin embargo, este último representa un cambio en la forma en que dichas experiencias son comprendidas, enfrentadas y comunicadas.

La hipersensibilidad auditiva fue una experiencia frecuente, donde ruidos intensos o múltiples generaban gran incomodidad e incluso dolor; aunque persiste tras el diagnóstico, este permite gestionarla con mayor eficacia gracias al conocimiento adquirido.

"... No me gustan los ruidos...de frenado de auto, me daban ganas de llorar... Cuando sonaban autos fuertes, era como que quería salir corriendo como cuando un perrito escucha un fuego artificial y se desespera, lo mismo me pasaba a mí..." (Cintia, comunicación personal).

Las alteraciones del sueño fueron frecuentes, muchas relataron insomnio crónico desde la infancia que persiste pese a comprender su origen tras el diagnóstico; algunas mujeres recurren a medicación, mientras otras continúan con dificultades importantes.

"... Desde que tengo memoria, he tenido problemas de sueño...nunca he tenido buen dormir...yo dormía una hora y después me iba al colegio y pasaba de largo y así toda la semana y en la semana podía dormir 3 horas toda la semana y seguía rindiendo y académicamente y todo ..." (Carolina, comunicación personal).

La sensibilidad a la luz también se mantuvo en el tiempo, variando entre reacciones a luces parpadeantes y una incomodidad general ante fuentes intensas de luz.

“... De partida del computador celular, todo lo tengo con luz muy baja, porque la luz artificial... me incomoda me perturba ...” (Cintia, comunicación personal).

Esta variabilidad individual se repite también en la percepción de texturas. Carolina, por ejemplo, manifiesta rechazo a la humedad o la sensación de suciedad en las manos: “... Hay algunas cosas que no puedo soportar como no sé, tener los pies mojados o tocar basura con los pies ... no puedo como aguantar la sensación mientras estén las manos mojadas, a veces me las tengo que secar y tengo que estar lavándolas constantemente...” (Carolina, comunicación personal).

Los olores que generaban malestar también diferían. Mientras que Magdalena tenía sensibilidad a productos químicos, Karla reaccionaba negativamente a los perfumes. Una de las transformaciones más significativas tras el diagnóstico no fue la desaparición de estas sensaciones, sino el desarrollo de una mayor conciencia sobre ellas y la capacidad de expresarlas. Varias mujeres señalaron que antes no sabían por qué ciertos estímulos les afectaban tanto, pero que ahora podían verbalizar y proteger sus límites.

"...pero por eso ahora que conozco mi diagnóstico, he podido explicar estas cosas en palabras, pero antes era siempre. ¿Por qué te molesta tanto? No sé, pero me molesta..." (Isidora, comunicación personal).

La validación de su malestar tras el diagnóstico les brindó herramientas para gestionar mejor sus necesidades. Además, permitió reinterpretar su umbral del dolor, reconociendo una mayor sensibilidad física y emocional.

"...El autista, siente más dolor físico y psicológico, de verdad. El umbral del dolor en un autista es muy distinto, ya eso lo he leído, lo he hablado con otras personas autistas. De algo muy pequeñito... es un dolor fuerte....." (Cintia, comunicación personal).

También surgieron nuevas comprensiones sobre síntomas físicos que antes parecían inconexos. Algunas mujeres atribuyeron malestares crónicos a una mayor tendencia a la inflamación, alergias o enfermedades autoinmunes. Karla vinculó su sensibilidad corporal con la posterior aparición de artritis reumatoide:

"...los autistas tenemos más tendencia a inflamarnos demasiado nuestro cuerpo se inflama

constantemente, ya sea por la parte sensorial o por la parte alimenticia... son más alérgicos... Con el tiempo comencé a sentir dolores en mis manos... se dieron cuenta de que tenía artritis reumatoide..." (Karla, comunicación personal).

Daniela, en tanto, logró identificar que su torpeza motora infantil se debía a dispraxia¹, integrada dentro de su perfil autista.

Finalmente, las sensaciones físicas continúan siendo parte de su vida, pero ya no son vividas en confusión o silencio, sino desde un lugar de mayor comprensión, autonomía y legitimidad.

2.- Transformaciones en la Percepción de Sí Mismas en Mujeres con Diagnóstico de TEA: Del Sentirse Diferentes a Saber Quiénes Son.

Las mujeres entrevistadas describen un cambio profundo en su autopercepción antes y después del diagnóstico de TEA: inicialmente marcado por incompreensión, baja autoestima y sensación de diferencia, y posteriormente por una resignificación que favorece el alivio, el autoconocimiento y la aceptación. Antes del diagnóstico, estas vivencias se intensificaban por la crítica social y el bullying.

"...-Inestable- con esa palabra te lo puedo decir, inestable total, de emociones, de creencias, de autoconcepto, de autoestima..." (Cintia, comunicación personal).

Las participantes reportaron un constante sentimiento de incompreensión por parte de su entorno, donde sus conductas y necesidades eran mal interpretadas, generando etiquetas negativas e invalidación emocional, especialmente en contextos institucionales, como relatan Isidora, Gloria y Karla.

"... No fui criada por mamá y papá así que estuve en un colegio de monjas, eh, entonces las monjas a mí me hicieron mucho daño, me hacían arrodillarme, pedirle perdón a la virgen, a Dios porque mi comportamiento no era el adecuado..." (Karla, comunicación personal).

La sensación persistente de ser diferentes también emergió desde edades tempranas, incluso antes de tener una comprensión formal del diagnóstico. Carolina y Karla expresan haber sospechado de su condición por medio de observación personal o búsquedas autodidactas: "...Los síntomas no se fingen, entonces, eh, yo me sentía como bastante identificada con los

¹ Dispraxia. Trastorno psicomotriz que se da en la infancia y hace que los movimientos que requieren la movilización y coordinación de varios grupos musculares.

signos y síntomas de la enfermedad o sea no la enfermedad, el trastorno...” (Carolina, comunicación personal).

Cintia también comparte ese sentimiento de diferencia: “...Tuve que atender estudiantes neurodivergentes... me di cuenta de que el relato que ellos me decían, tanto en el colegio como estaba en la universidad tenía mucha relación con lo que me pasaba y me empezó a hacer un clic y me entró ese bichito...” (Cintia, comunicación personal).

Otro aspecto común fue la dificultad para integrarse en distintos espacios sociales; pese a los esfuerzos por adaptarse, muchas veces mediante el masking², la sensación de exclusión persistía, evidenciando una desconexión con relaciones más superficiales.

“...no suelo tener relaciones superficiales con la gente porque me parece una pérdida de tiempo y me parece una pérdida total de... de interés de la gente, así como estas amistades, eh... Como decirlo, así como superficiales...” (Carolina, comunicación personal).

Cintia, por su parte, se sentía incomprendida por la intensidad de sus emociones, y Magdalena refiere conflictos en la interacción con figuras de autoridad, especialmente en el ámbito laboral.

Aunque el sentimiento de ser diferente fue transversal, su expresión varió entre las entrevistadas. Daniela se percibía como “tonta” frente a las exigencias sociales, mientras que Karla fue estigmatizada como “loca”, y Cintia como demasiado emocional.

“... Me llevaban al médico porque era la niña loca, porque todos me tratan de loca, yo decía porque me tratan de loca si no soy loca, solo que tengo un cerebro quizás diferente al resto y siempre lo supe, pero nunca pudieron llegar a mi diagnóstico...” (Karla, comunicación personal).

El diagnóstico, transformó profundamente esta percepción de sí mismas. Se vivió como un alivio, una forma de comprender las propias diferencias y resignificarlas.

“...Fue como un renacer... me di cuenta de que no estaba loca, de que no era bipolar y de que

² Masking. Es una estrategia a menudo inconsciente, donde la persona oculta o suprime sus características propias, como los rasgos autistas o de TDAH, para que su comportamiento se ajuste a las expectativas sociales.

soy una persona completamente como ahí dicen ellos, no soy neurotípica. Soy neuroatípica ya, soy 100% autista...” (Karla, comunicación personal).

Para muchas, el diagnóstico no fue vivido como una etiqueta negativa, sino como una validación de su identidad.

“...Para mí no ha sido algo malo, ha sido de hecho algo súper bueno porque pueden decirme lo que quieran, que ay ya tengo una etiqueta, no, no es una etiqueta es mi identidad...” (Cintia, comunicación personal).

“...no es una enfermedad el autismo, sino que es una condición... el autismo, es una cultura...” (Magdalena, comunicación personal).

Sin embargo, este cambio no fue homogéneo. Algunas mujeres aún lidian con heridas del pasado, especialmente aquellas relacionadas con el bullying o la exclusión social:

“...Igual, todavía tengo problemas con ello porque, por ejemplo, con un historial de bullying tan largo, como tuve yo... todavía lo estoy trabajando en terapia... no puedo cambiarme tampoco. Entonces en realidad lo único más sano es aceptarlo...” (Isidora, comunicación personal).

Otras, como Gloria, adoptaron una postura más flexible y comprensiva hacia sí mismas:

“...No cuestionar muchas cosas, ser más complaciente...Tengo que ir aprendiendo de las cosas que me afectaron...” (Gloria, comunicación personal).

La percepción de sí mismas se transforma con el diagnóstico: de un periodo marcado por desconcierto, inseguridad y exclusión, a una etapa que permite validación, comprensión y autoconocimiento; aunque no siempre inmediato, el diagnóstico facilita resignificar su historia y reconstruir su identidad de forma más consciente y compasiva.

3.-Emociones Más Difíciles de Manejar en Mujeres Autistas: Entre la Intensidad y la Incomprensión

Antes del diagnóstico, las mujeres con TEA experimentaban emociones intensas como frustración, tristeza, soledad e incomprensión, con un trasfondo común de sufrimiento no reconocido por su entorno. La frustración, muchas veces dirigida hacia sí mismas por no

lograr adaptarse a normas sociales, se intensificaba ante la falta de comprensión externa, generando un malestar acumulativo.

“... Frustración, conmigo misma, por qué no podía ser como los demás, por qué no sentía las cosas como los demás...” (Isidora, comunicación personal).

Junto con ello, muchas relataron una sensación de vacío persistente, tristeza profunda y aislamiento. Estos estados emocionales eran comúnmente malinterpretados como depresión o estrés, y pocas veces reconocidos como parte de una vivencia autista no diagnosticada.

“...Mis emociones todavía me cuesta un poquito llevarlas a cabo, a pesar de que ya soy una adulta y me he adaptado eh siempre el llanto, un llanto que sale de acá como del alma que no sé porque me dan, generalmente me vienen como le pasa a mi hija en la noche con mucha angustia, con mucha pena, es dolor, sentir dolor cuando siento injusticia...” (Karla, comunicación personal).

Fueron comunes la ira, irritabilidad y enojo, desencadenados por cambios imprevistos, sobrecarga sensorial o situaciones percibidas como injustas, llegando en algunos casos a crisis emocionales; ante esto, algunas mujeres desarrollaron estrategias de autorregulación, incluso conductas como lastimarse levemente para evitar desbordes.

“...Hay veces que regreso las ideas autolíticas. Ahora se ha dado menos eso, hay veces que cuando yo estoy muy cansada o muy atareada, o muy abrumada mentalmente si me siguen dando crisis...Eso me irritaba, me enojaba, me sacaba de mi casilla, porque yo tengo todo ordenado, tengo todo estructurado, yo no puedo salirme de mí, porque si no ahí ya me desequilibro y me desoriento y empieza la frustración, el enojo, el llanto, todo eso...” (Daniela, comunicación personal).

Las experiencias reflejan una emocionalidad intensa y poco comprendida, que aumentaba el sufrimiento. El diagnóstico permitió resignificar estas vivencias y acceder a herramientas de regulación y apoyo, aunque el proceso previo estuvo marcado por dolor, incompreensión y constantes malas interpretaciones.

4.- Transformaciones en los Roles de Vida de Mujeres Autistas: Desde el Desconocimiento hasta la Reconstrucción del Sí Mismo

Las mujeres entrevistadas vivieron múltiples roles atravesados por un TEA no reconocido, donde el diagnóstico no modificó estos roles, pero sí la forma de vivirlos, permitiendo nuevas comprensiones y estrategias. Sus experiencias reflejan dificultades comunes, especialmente en contextos que exigen alta competencia social y regulación emocional, junto con diferencias en la forma en que cada una enfrenta y prioriza estos desafíos.

“...Pensaba que la gente te está aislando. Piensas que claro y ahí se te va creando un problema, y ahora igual puedo entender a mucha gente porque se crea como un problema de autoestima...” (Magdalena, comunicación personal).

El rol de estudiante aparece reiteradamente como una experiencia compleja. Las entrevistadas relataron conflictos en la interacción social con sus pares, dificultades en los trabajos grupales, malestar ante los cambios de sede o jornada, y una incomodidad persistente en los entornos académicos.

“...una profe que me dijo que porque estás estudiando en la universidad si no era capaz o sea que yo tenía serios problemas y que no iba a poder ayudar a los niños porque mi sueño era trabajar con jóvenes y que lo pensara bien en seguir la carrera... Al final terminé mi carrera donde empecé...esa profe que tuve ahí fue la única que me dijo que ella notaba algo a mí distinto, pero que no me rindiera, y era la que me tenía fe la que me tiraba para arriba y la que me hizo darme cuenta que yo podía trabajar psicopedagogía con jóvenes...” (Cintia, comunicación personal)

Carolina relata que fue víctima de acoso y difamación por parte de sus compañeras: “... me pelaban, me denostaban... Me injuriaban...”. Daniela sufrió acoso escolar y fue derivada constantemente a educación diferencial debido a dislexia³, disgrafía⁴ y discalculia⁵.

En el ámbito familiar, no comprender la situación provocaba que sus diferencias fueron vistas

³ Dislexia. Dificultad en el aprendizaje de la lectura o la escritura, frecuentemente asociada con trastornos de la coordinación motora.

⁴ Disgrafía. Dificultad o incapacidad para comunicarse con claridad y corrección mediante el lenguaje escrito.

⁵ Discalculia. Condición que dificulta resolver operaciones matemáticas, así como realizar tareas que requieran usar matemáticas.

como rarezas o incluso como problemas de conducta.

“...muchos no entendían qué me pasaba... no todos en la familia conocíamos lo que era el espectro y todo...nuevamente tristeza de que no me entendieran...” (Isidora, comunicación personal).

Carolina relata que, aunque su madre ha sido comprensiva, inicialmente no comprendía sus particularidades, y aún le cuesta adaptarse a ellas, especialmente al compararla con su sobrino autista. Su padre, en cambio, negaba sus diferencias, lo cual describe como “...un poco perturbador...”.

Mónica refiere que su familia proyectaba muchas expectativas sobre ella sin estar preparados para comprender su diferencia: “...toda la familia tenía como demasiada expectativa en mí y creo que no estaban preparados para que yo tuviera TEA en esa generación, entonces todas mis tías y las típicas chismosas juzgonas me decían a mi abuela Oh la Mónica que es callada, después oh la Mónica qué no tiene pololo... Oh si es tan linda qué le pasa, es lesbiana...”.

En el ámbito laboral, las dificultades también eran significativas. Para algunas, el esfuerzo de "encajar" en ambientes estructurados y exigentes, tanto en lo sensorial como en lo interpersonal, era agotador y desorientador.

“... Me costaba mucho estar en los trabajos, siempre como que, con el sexo opuesto... no sé por qué me costaba tanto relacionarme, y yo decía quizá no sé cómo que no... nunca encajaba...” (Magdalena, comunicación personal).

Carolina relata cómo debió modificar su forma de actuar para encajar: asumía roles sociales distintos, “separaba los roles... Carolina en el trabajo, Carolina en la en la eh, facultad de salud, Carolina en casa” y aprendió a ser “más saliente y alegre”. Aunque seguía sintiéndose excluida.

“...Mira, es que el momento de hacer amigos. La verdad es que no, no me cuesta, sino que el mantenerlo es como una parte muy fundamental que me cuesta mucho porque primero que nada se dan malentendidos entre las personas y yo, entonces esos malentendidos derivan a que las personas básicamente me estén juzgando o malinterpretando en cada movimiento que yo haga...” (Carolina, comunicación personal).

Gloria, como profesional de la educación diferencial, enfrentaba dificultades para socializar

con sus colegas, lo que complicaba su desempeño laboral: "...Eso más que nada adaptarme y llevarme con las personas porque nunca conversaba con los demás, no me involucraba mucho con las demás personas...Eh, no le dieron mucha importancia...".

En su trabajo como entrenadora, Karla desarrolló métodos alternativos para organizar sus clases, basándose en estructuras visuales y patrones mentales.

En la maternidad, el desconocimiento de su condición dificultó el proceso de Gloria, Cintia y Magdalena.

"...Bueno igual es extraño porque a mi edad, yo soy mamá de un niño autista, entonces, como todo de nuevo, bueno, la parte laboral empezar a comprender muchas cosas...sí, el adquirir hábitos, los pañales, eh, las pataletas que hacía el tratar de entenderlo poco porque no comía de todo, no quería tocar la arena. No quería hacer esto, lo otro tenía que estar pendiente de lo que él quisiera hacer ..." (Gloria, comunicación personal).

Cintia vivió una experiencia muy dolorosa tras no poder amamantar: "...Sí, me sentí frustrada y ahí yo me rompí la cara, porque me rasguñé y me tiré el pelo, todo. Porque yo no le podía dar leche a mi hijo...como mamá todavía estoy aprendiendo, me cuesta mucho..."

Magdalena recordó su sobre exigencia, lo cual impactó tanto su rol de madre como su vida laboral y social: "... siempre me auto exigía demasiado entonces quizás todo eso más los ruidos. Y todas las cosas que sentía que, hasta ahora, hay cosas que no aguanto mucho soy más de silencio y eso yo creo que fue como, por ejemplo, no me invitan porque, no porque soy aburrída porque aquí y allá, pero la verdad es que me molesta un poco estar en lugares ruidosos..."

Karla por su parte menciona: "...Bueno, siempre he sido una mamá extremadamente cariñosa, eh, a pesar que dicen... que los autistas no somos cariñosos, no soy de muchos abrazos, pero mi manera de querer es a través del juego..."

Al recibir el diagnóstico, muchas mujeres comenzaron a comprender su historia personal desde una nueva perspectiva.

"... Sentí que recién tenía la capacidad para haber hecho más cosas de las que pude hacer

antes y antes como no sabía porque me trataban así todos y al final... Me sentí con más valentía, me sentía que tenía más ganas de hacer cosas, sin miedo, eh, eso, como que me dio más valor, más fuerza de tener como una identidad ...” (Magdalena, comunicación personal). Por estas experiencias, se evidencia que el diagnóstico de TEA en la adultez no alteró los roles desempeñados por estas mujeres, pero sí transformó cómo los habitan, dotándolos de mayor conciencia, validación identitaria y capacidad de toma de decisiones que influyen en sus vidas y entorno.

5.- Experiencias en las Relaciones en Mujeres con TEA: Entre la diferencia y la reconstrucción.

Las mujeres diagnosticadas con TEA en la adultez relatan trayectorias relacionales complejas en ámbitos familiares, sociales y laborales, marcadas por la incomprensión y el sentimiento de diferencia, seguidas de una reconstrucción de vínculos. Desde la infancia, enfrentaron dificultades en sus relaciones, generando tensiones familiares y, en algunos casos, distancia o ausencia de vínculos.

“...con mi hermana nunca he tenido relación de hermana... y con mi otro hermano, no me habló hace como dos años...” (Cintia, comunicación personal).

La experiencia con figuras parentales tampoco fue sencilla, mientras algunas relataron madres poco receptivas o comparaciones inapropiadas con otros niños, otras encontraron en ellas una contención que, aunque limitada, se mantuvo en el tiempo.

“...mi mamá... al principio también fue complejo en general fue bastante complejo porque... El único como referente que tenía del TEA era el hijo pequeño de una amiga, y ella como, no, tú no eres así, obvio que no voy a ser igual que el niño de 2 años, hijo de tu amiga y más encima su amiga pésima, no tenía una buena recepción del TEA tampoco de su hijo y le dijo, no, yo veo a tu hija bien normal...” (Isidora, comunicación personal).

Con el paso del tiempo y la llegada del diagnóstico, esas dinámicas comenzaron a reinterpretarse. En algunos casos, se evidenció una apertura emocional por parte de las madres, parejas o hijos. Sin embargo, esta transformación no fue homogénea. Persistieron resistencias, especialmente en familiares que desestimaron el diagnóstico o se mostraron incrédulos.

“...mi mamá no cree mucho en esto y lo encontró como absurdo, aunque me apoya...” (Gloria,

comunicación personal).

Las dificultades para integrarse en círculos sociales también fueron una constante. Muchas relataban haber aprendido a camuflar sus conductas para evitar la exclusión, aunque finalmente esto ocurrió.

“...eso es como la conducta social que he aprendido para que no se me excluya de un grupo, pero, aun así, se me pasaba excluyendo de igual forma tarde o temprano...” (Carolina, comunicación personal).

Las falsas amistades, los comentarios hirientes y el juicio constante eran parte del paisaje cotidiano.

“...me daba cuenta cuando la persona, las personas eran falsas conmigo y me empezaba a sentir mal entonces para mí, lo más difícil fue el tema que hablen por la espalda de ti...” (Cintia, comunicación personal).

Esta vivencia de desajuste social no desapareció tras recibir el diagnóstico, pero sí se transformó. Algunas comenzaron a conservar solo amistades significativas y a poner límites más claros en sus interacciones, otras lograron generar nuevas redes más comprensivas.

“...Ahora no me ha pasado más que nada porque no he hecho más amistades, o sea, he tratado de quedarme con las mías, pero he tenido que eliminar amistades en el proceso...” (Carolina, comunicación personal)

Un aspecto transversal en la narrativa de todas las mujeres fue la percepción persistente de ser “distintas”, sin un marco comprensivo que explicara por qué. Esta sensación de rareza se expresó desde la infancia.

“...25 años sintiéndote rara, sintiéndote un poco desplazado igual, obviamente, uno desarrolla comorbilidades quizás no todas las personas, pero la mayoría...como desde esa edad, yo sabía que había algo diferente a algo malo o algo que no estaba percibiendo que las personas sí lo hacían y yo no...” (Daniela, comunicación personal).

Con la llegada del diagnóstico, muchas mujeres pudieron reinterpretar esa diferencia no como un defecto, sino como una forma válida de ser en el mundo.

“...Me daba vergüenza decir que era autista, ahora no... Ahora puedo ser yo misma...”

(Magdalena, comunicación personal).

La resignificación permitió no solo sanar, sino también desarrollar mayor autoprotección y regulación emocional. En el ámbito laboral, muchas ya experimentaban dificultades relacionales sin comprender su origen, las que se hicieron más evidentes al integrarse a espacios profesionales. Tras el diagnóstico, algunas lograron entender sus límites y adaptarse mejor, mientras que otras enfrentaron situaciones de discriminación.

“... Después del diagnóstico, fui cancelada del trabajo...” (Gloria, comunicación personal).

También fue común el reconocimiento de que el sistema de salud carece de preparación para recibir a mujeres adultas neurodivergentes.

“...no están actualizados con el tema, y rebajan la experiencia...” (Carolina, comunicación personal).

La falta de acompañamiento llevó a las mujeres a informarse, validarse y construir sus propias redes de apoyo. Sus experiencias muestran un proceso continuo de aprendizaje y reconstrucción, donde el diagnóstico no es una solución, pero sí un punto de partida para comprenderse y posicionarse en el mundo de forma más auténtica.

2. ESTRATEGIAS

Se presentan las estrategias basadas, igualmente, bajo el modelo de Roy, utilizadas para afrontar y adaptarse a los desafíos derivados de su experiencia como mujeres adultas con autismo. Se busca comprender cómo las participantes gestionan su entorno, construyen su autocomprensión y desarrollan mecanismos que les permiten enfrentar las demandas sociales, emocionales y personales de manera efectiva.

2.1 Regulación Sensorial y Autocuidado: Entre el Aislamiento y la Búsqueda de Calma

Tal como se describe en el apartado, “Sensaciones Físicas en Mujeres con Autismo: Entre la Persistencia y la Conciencia Sensorial”, la regulación sensorial y emocional aparece como un eje transversal en sus testimonios. El uso de audífonos con cancelación de ruido, evitar lugares ruidosos o concurridos, controlar la iluminación o aislarse en momentos de sobrecarga sensorial son prácticas comunes que ayudan a reducir la ansiedad y prevenir crisis. “... O sea intentaba no asistir a lugares que estuvieran como con tanta exposición...colocarte tus audífonos para poder estar como tranquila en ese entorno...” (Carolina, comunicación personal)

Para Magdalena, estrategias como ir a comprar días antes de fechas importantes o usar música clásica en momentos de colapso vial forman parte de su rutina de cuidado: “... generalmente, yo no, no salgo mucho ... por ejemplo, fechas importantes, yo voy dos días antes a hacer compras o cosas así para no estar en los días pick, a veces hay cosas que no están a mi alcance como, los colegios ir justo en los horarios donde hay taco y todo. Ahí lo único que puedo hacer es ponerme audífonos, uso audífonos y escucho música clásica... me relaja...” (Magdalena, comunicación personal)

La soledad como forma de regulación también se repite. Muchas mencionan que necesitan espacios de silencio, personales y de desconexión. Cabe mencionar que el aislamiento no es rechazo, sino una forma de autorregulación fundamental.

“... Esa es como mi manera de afrontar, así como vivir un poco mi espacio hasta que ya estoy lo suficientemente tranquila, calmada para poder volver a funcionar en el mundo exterior...” (Isidora, comunicación personal)

Junto con el manejo de estímulos, las estrategias para enfrentar crisis emocionales incluyen actividades como leer, escribir, pintar, usar juguetes sensoriales, técnicas físicas como la respiración profunda, contacto con el mar o el uso de agua fría. Algunas incorporan prácticas espirituales o terapias alternativas, como el cuenco tibetano, las flores de Bach o la oración, como menciona Magdalena. En otros casos, persisten experiencias como la autolesión.

“... A veces tener que golpearme o ser autolítica para volver a estar como presente, como esas

son las estrategias que he desarrollado... la última no es una buena estrategia, pero no sé cómo cambiarla... tengo que estar controlando la sensación de querer hacerme daño..." (Carolina, comunicación personal)

La estructura y la planificación también son herramientas de adaptación.

"... Intento hacerme horarios porque ahora que estoy solamente haciendo la Tesis y ya no tengo clases como tal... eso trabajo hartito con el terapeuta ocupacional...pero que sean horarios que no me sobrecarguen a tal nivel de, ya no poder funcionar..." (Isidora, comunicación personal).

2.2 Autopercepción y Autoaceptación: Aprender a Mirarse con Otros Ojos

Para muchas, el diagnóstico de TEA ha sido un punto de inflexión en la forma de verse a sí mismas, comprendiendo que muchas de sus dificultades anteriores no eran fallas personales, sino expresiones de su neurodivergencia.

"... no sabía quién era, no sabía lo que quería, no me tenía fe, pensaba que todo lo hacía mal...de hecho, me siento feliz de serlo porque sé lo que soy..." (Cintia, comunicación personal)

Descubrir que puede ayudar a otras personas contando su vivencia es parte de su estrategia.

"...el tema de las redes porque yo. cuando llegas a grupos, así, te das cuenta que no eres la única..." (Magdalena, comunicación personal)

Otras como Carolina, evidencian una lucha más persistente contra el autoconcepto negativo. Aunque cuenta con el apoyo de su pareja y madre, refiere pensamientos automáticos como "no valgo nada" o "soy un fracaso". Para Isidora, la percepción de sí misma varía según el día, aunque la psicoterapia ha sido clave para su proceso de autoaceptación.

La búsqueda de comprensión incluye el estudio autodidacta del autismo. El aprendizaje es también una herramienta de empoderamiento y adaptación. Karla incluso aboga por un cambio en la atención de salud y la sociedad para las mujeres autistas. Magdalena busca espacios de visibilización y cree en la importancia de una "identidad".

"...Las terapias me han servido bastante, voy a terapia una vez por semana y me ha servido mucho, lo otro, un cambio también es que estoy leyendo mucho sobre el autismo. Me he comprado muchos libros sobre el autismo. De hecho, me llegó un libro muy hermoso que es autismo en mujeres, aún no lo leo porque me llegó hace poco y yo me estoy educando para

saber, conocerme más, yo y quizás otras personas...” (Daniela, comunicación personal).

2.3 Manejo de Crisis Emocionales: Cuando el Mundo Me Sobrepassa

Frente a una sobrecarga emocional, las mujeres recurren a estrategias muy personales. La más común es el aislamiento en un lugar oscuro y tranquilo. El Apoyo terapéutico y psicoeducación, para muchas de ellas ha sido clave el acompañamiento psicológico, no solo en el desarrollo de estrategias de afrontamiento, sino también en la reestructuración de la autoimagen.

“...Dejarme sentir las cosas en general... si eso me ayuda a evitar una crisis, lo voy a hacer ...me meto debajo de mi cama ...disminuyendo la mayor cantidad de los estímulos, nada de ruido, nada de luz, así como que cierro las cortinas me pongo debajo de las mantas, veo videos o fotos en el celular, pero sin volumen...trabajar con una/ un terapeuta o con una psicóloga ayuda mucho a entender al resto...” (Isidora, comunicación personal).

Cintia experimentaba desregulaciones intensas antes del diagnóstico. Actualmente, recurre a la soledad como principal vía de regulación, además de intentar calmarse con respiración y concentración.

“...mi regulación, estar sola... sé cómo regularme, porque son las mismas estrategias que aplico con lo que he estudiado...que me dejen sola...Creo que la mejor forma autorregularme, es mi soledad ...trato de calmarme, trato de respirar, trato como de concentrarme porque eso todavía me afecta...” (Cintia, comunicación personal).

2.4 Estrategias de Mujeres Autistas Adultas para Habitar sus Roles, Emociones y Vínculos: Aprender a Ser en un Mundo Exigente.

Las mujeres diagnosticadas con TEA en la adultez desarrollan diversas estrategias personales, sociales y emocionales para adaptarse a un entorno mayoritariamente neurotípico. Estas, lejos de ser homogéneas, responden al esfuerzo constante por sostener múltiples roles y abarcan la regulación emocional, el manejo sensorial, la comunicación, la construcción de identidad y los vínculos, siendo producto tanto de experiencias previas como de aprendizajes posteriores al diagnóstico.

2.5 Cumplimiento de Roles: Aprender a Ser en un Mundo Exigente

El mundo de las relaciones también ha requerido el desarrollo de estrategias específicas. Muchas aprenden a poner un “filtro” en su comunicación para no ser malinterpretada. Otras deciden compartir información sobre su diagnóstico con el entorno. Sin embargo, esta labor pedagógica hacia los otros no siempre garantiza la comprensión.

“...ahora yo me esfuerzo a omitir ciertos comentarios... para mí cabeza igual no tiene mucho sentido tratar de omitirla” (Carolina, comunicación personal)

Las relaciones familiares se reconfiguran. Algunas mujeres encuentran apoyo en sus parejas o madres, como otras se distancian de figuras conflictivas o replantean el concepto mismo de familia.

“... aprendí a cambiar el concepto de familia, por eso te digo, para mí, el tema de familia es un tema para el largo...Las personas que quieren estar conmigo lo van a estar” (Cintia, comunicación personal)

La interacción social continúa siendo un desafío, y muchas mujeres desarrollan estrategias adaptativas específicas para mejorar la forma en que son percibidas o cómo entienden a los demás. El masking o camuflaje social es una estrategia extendida y agotadora. Este esfuerzo constante por parecer neurotípicas afecta profundamente su bienestar y su sentido de autenticidad.

“Las mujeres nos adaptamos más...Yo me sigo sintiendo siempre diferente al resto cuando voy a algunos lados, saludo y todo muy cordialmente, porque lo aprendí, lo tuve que adaptar a eso, pero por mí, yo entrar a un lugar me siento y trato de no entablar conversación con nadie. Solo con la gente que yo necesito... Yo cuando converso con alguna persona, necesito primero observarla, mirarla quien analice mi cerebro y de a poquito la voy conociendo y ahí la voy aceptando no es que sea algo como inmediato...” (Karla, comunicación personal).

En el ámbito laboral, las experiencias son dispares. Algunas, como Cintia o Isidora, han sido aceptadas tras comunicar su diagnóstico. El desafío de aprender normas sociales se repite en varios testimonios.

“... tengo que aprender muchas normas sociales. Me cuesta eso, es como un desafío que tengo

para mí...” (Cintia, comunicación personal)

Estas mujeres enfrentan tanto exigencias externas como una constante demanda interna de adaptación y autorregulación, desarrollando diversas estrategias estructuradas o espontáneas a partir de la terapia o la experiencia, construyendo cada una una forma única de habitar sus vidas.

“... ¿por qué la gente no es solo humana y te comprende y se pone en tu piel? ...Nunca más voy a hacer masking, nunca más voy a dejarme de querer por quien soy...” (Daniela, comunicación personal).

En esta última frase se condensa la fuerza del proceso, un camino en el que el diagnóstico no resuelve todo, pero da sentido.

DISCUSIÓN

Los hallazgos muestran que el diagnóstico de TEA en mujeres adultas desencadena procesos de adaptación complejos, que desde el Modelo de Roy se entienden como intentos de mantener el equilibrio frente a un entorno percibido como hostil; sin embargo, evidencian que la carga de adaptación recae principalmente en las propias mujeres más que en cambios del entorno social. Es clave fortalecer redes de apoyo especialmente entre pares y promover la sensibilización social para reducir el estigma y favorecer la inclusión.

El TEA, definido por dificultades en la comunicación e interacción social y patrones restrictivos,³ ha estado marcado por un sesgo de género que favorece diagnósticos tardíos en mujeres, a menudo precedidos por errores y comorbilidades.⁶ En este contexto, el camuflaje surge como una estrategia adaptativa ambivalente que facilita la inserción social, pero con un alto costo emocional, cuestionando la idea de adaptación al evidenciarse más como un mecanismo de supervivencia frente a entornos poco inclusivos.¹¹

Antes del diagnóstico, las mujeres vivían incompreensión, sufrimiento silencioso y una constante sensación de diferencia que afectaba su autoestima e identidad, reflejando fallas estructurales. El diagnóstico surge como un “alivio con nombre propio”, permitiendo resignificar su historia y comprenderse desde la neurodivergencia. Lucy Edwards en BBS News Mundo, señala que muchas mujeres logran dar sentido a sus vidas tras un diagnóstico en la adultez, luego de años utilizando mecanismos de camuflaje para adaptarse a las

expectativas sociales ²².

Desde el Modelo de Roy, estrategias como el aislamiento, la regulación sensorial o el uso de herramientas pueden entenderse como respuestas adaptativas; sin embargo, requieren una mirada crítica, ya que surgen como formas de protección frente a entornos poco inclusivos, evidenciando que la adaptación debe ser un proceso bidireccional que también involucre al entorno. Es fundamental comprender el autismo como una condición neurodivergente, evitando enfoques patologizantes centrados en déficits. Conceptos como “funcionalidad” deben usarse con cautela, ya que pueden invisibilizar necesidades y perpetuar desigualdades. Tras el diagnóstico, la reconfiguración de vínculos destaca el rol clave de las redes de apoyo, especialmente la familia, en el bienestar y la autonomía ²⁹. No obstante, estas mejoras dependen de que el entorno comprenda y valide la experiencia de las mujeres autistas, lo que evidencia la necesidad de intervenciones que incluyan tanto a la persona como a sus contextos relacionales y sociales. En este escenario, se evidencian importantes desafíos para los sistemas de salud, como la falta de profesionales capacitados, herramientas diagnósticas adecuadas y barreras de acceso costos y centralización, lo que refleja inequidades estructurales y la necesidad de revisar críticamente los modelos de atención y criterios diagnósticos. Para la enfermería, estos hallazgos impulsan un enfoque integral y crítico, que incorpore formación actualizada sobre TEA con perspectiva de género, herramientas de valoración clínica, comunicación adaptada y modelos como el de Callista Roy, favoreciendo prácticas más empáticas y centradas en la persona. Asimismo, se requiere desarrollar instrumentos diagnósticos validados para mujeres adultas, mejorar el acceso equitativo especialmente en regiones y fortalecer la investigación sobre sus manifestaciones y comorbilidades. Estos resultados tienen implicancias directas en la atención primaria, donde enfermería cumple un rol clave en la detección precoz, educación, acompañamiento y derivación oportuna, promoviendo intervenciones integrales que aborden dimensiones fisiológicas, psicológicas y sociales. El cuidado no debe centrarse únicamente en la adaptación individual, sino también en cuestionar y transformar las condiciones que hacen necesaria dicha adaptación. ³¹

Los resultados deben interpretarse considerando sus limitaciones, ya que corresponden a una muestra reducida y no son generalizables a todas las mujeres con TEA. No obstante, a diferencia de estudios previos el estudio aporta una comprensión profunda del proceso

adaptativo desde una perspectiva fenomenológica, destacando el impacto del diagnóstico en la adultez, el camuflaje y la influencia de factores sociales y de género.

Conclusiones

Los procesos de adaptación de las participantes se caracterizan por ser dinámicos y activos, integrando de forma constante recursos internos (estrategias personales de afrontamiento) y externos (apoyos familiares, sociales e institucionales). Esta adaptación no implica un ajuste pasivo, sino un esfuerzo continuo por alcanzar bienestar en entornos que, en gran medida, no están diseñados para la diversidad neurológica.

Entre los principales hallazgos, se identifican elementos comunes: todas las participantes cuentan con familiares neurodivergentes, y aquellas que son madres tienen hijos/as con diagnóstico o sospecha, evidenciando un componente intergeneracional. Asimismo, destaca el diagnóstico tardío de TEA en la adultez, asociado a experiencias previas de diagnósticos erróneos o comorbilidades, en un intento por comprender trayectorias de vida marcadas por la incompreensión y la fragmentación de experiencias.

Los resultados son consistentes con la literatura existente, aunque se evidencia una limitada cantidad de estudios centrados en mujeres adultas con TEA, lo que restringe la diversidad de perspectivas y refuerza la necesidad de seguir investigando, considerando variables como edad de diagnóstico, contexto sociocultural y sistemas de apoyo.

Se sugiere profundizar en la experiencia de mujeres con diagnóstico tardío de TEA desde una perspectiva de género, considerando su impacto en la salud mental, la identidad y el acceso a servicios. Resulta relevante estudiar el rol de enfermería en la detección y el acompañamiento a lo largo del ciclo vital, incorporando herramientas de valoración clínica sensibles a la neurodiversidad. También se propone diseñar y evaluar intervenciones orientadas a mejorar la comunicación terapéutica, la regulación emocional y la adaptación sensorial, junto con estrategias de educación en salud dirigidas a familias y redes de apoyo.

Finalmente, se destaca la importancia de promover entornos más empáticos e informados desde un enfoque estructural, que oriente políticas, prácticas institucionales y culturas organizacionales. Reconocer la diversidad neurológica no solo favorece el bienestar y la salud mental de las personas autistas, sino que también contribuye a la construcción de sociedades más inclusivas y justas.

REFERENCIAS

- 1) Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. 5ta ed. Arlington, EE. UU. Editorial Médico Americana; 2014
- 2) MINSAL. Guía de Práctica Clínica de Salud, Detección y Diagnóstico Oportuno de los Trastornos del Espectro Autista (TEA) [Internet] Chile; 2011. Acceso el 27 de marzo de 2024. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/bd81e3a09ab6c3cee040010164012ac2.pdf>
- 3) Montagut Asunción M, Mas Romero M, Fernández Andrés M, Pastor Cerezuela G. Influencia del sesgo de género en el diagnóstico de trastorno de espectro autista: una revisión. *Escritos de Psicología*. 2018; 11(1).
- 4) Barahona J.B. Felipe C. Una breve historia del Síndrome de Asperger: El corto reinado de un diagnóstico problemático. *Front Psychol*. [Internet] Madrid; 2016. Acceso el 16 de mayo de 2024. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4725185/>
- 5) Artigas J. Paula I. El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Rev Asoc Neuropsiq*. [Internet]; 2012. Acceso el 16 de mayo de 2024. 32 (115). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352012000300008
- 6) Velarde Incháustegui M, Ignacio Espíritu ME, Cárdenas Soza A. Diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista-TEA, adaptándonos a la nueva realidad, Telesalud. *Revista de Neuropsiquiatría*. 2021; 84(3).
- 7) Echeburúa E, Salaberría K, Cruz Sáez M. Aportaciones y Limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia psicológica*. 2014; 32(1).
- 8) Voyles A. La teoría de la mente en el autismo: un campo de investigación renacido. *The Transmitter* [Internet] EE.UU.; 2022. Acceso 16 de diciembre de 2025. Disponible en: <https://www.thetransmitter.org/spectrum/theory-of-mind-in-autism-a-research-field-reborn/>
- 9) Pérez-Vigil A. D. Ilzarbe, B. Garcia-Delgar. Teoría de la mente en trastornos del neurodesarrollo: más allá del trastorno del espectro autista. *Neurología*. 2024; 39(2).
- 10) DIPRECE. Autismo. DIPRECE Salud Mental [Internet] Chile; 2023. Acceso 27 de marzo de 2024. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/informacion-para-la-comunidad-autismo/#:~:text=Acorde%20a%20la%20Ley%2021.545,interacci%C3%B3n%20y%20comunicaci%C3%B3n%20social%20a>

- 11) Rivas Riveros E, Catalán M. Y, Flores F. N, Sandoval A. F, Ortiz M. E. Vivencias y expectativas de los actores sociales partícipes en evaluación del desarrollo psicomotor, en relación con las escalas EEDP y TEPSI utilizadas en la Araucanía, Chile, durante los años 2017-2018. *Revista de Enfermería: Cuidados Humanizados* (Montevideo). 2019; 8(1).
- 12) Schonhaut L. Edwards M. et. al. Propiedades del Test de Aprendizaje y Desarrollo Infantil “TADI”, en el contexto de las políticas de validación de escalas para niños y niñas menores de 6 años en Chile y Latinoamérica. *Andes pediater.* [Internet]; 2024. Acceso 28 de mayo de 2024. 95 (4) 353-363. Disponible en: <https://andespediatrica.cl/index.php/rchped/article/view/5149>
- 13) WHO. Autismo. Organización Mundial de la Salud. [Internet]; 2023. Acceso 28 de marzo de 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders#:~:text=El%20autismo%20%20E2%80%94denominado%20tambi%C3%A9n%20trastorno,diagnostica%20hasta%20mucho%20m%C3%A1s%20tarde>
- 14) Medicina Universidad Católica. Trastorno del espectro autista: ¿Como sospecharlo? [Internet] *medicina.uc.cl*; Acceso 5 de abril de 2024. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/publicacion/trastornos-del-espectro-autista-cuando-sospecharlo/>
- 15) Vidal C. Fernández N. CEDETI UC reflexiona sobre la invisibilización del autismo en las mujeres. Pontificia Universidad Católica de Chile. [Internet]; Chile, 2023. Acceso 28 de marzo de 2024. Disponible en: <https://www.uc.cl/noticias/cedeti-uc-reflexiona-sobre-la-invisibilizacion-del-autismo-en-las-mujeres/>
- 16) Lampert Grassi P. Trastorno del Espectro Autista. Epidemiología, aspectos psicosociales, y políticas de apoyo en Chile, España y Reino Unido. [Internet].; 2018. Acceso 05 de octubre de 2023. Disponible en: [https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/25819/1/BCN.Politicas de apoyo al espectro autista FINAL.pdf](https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/25819/1/BCN.Politicas%20de%20apoyo%20al%20espectro%20autista%20FINAL.pdf).
- 17) Espinosa Acosta KS, Arias Chaparro M. Afrontamiento familiar ante el autismo. [Internet]; 2021. Acceso 05 de octubre de 2023. Disponible en: <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/d6e72a9f-dc3f-486e-a90e-0af9eb78d34f/content>.

- 18) Ratto AB, Kenworthy L, Yerys BE, Bascom J, Trubanova Wieckwski A, White SW, et al. ¿Qué pasa con las chicas? ¿Diferencias basadas en el sexo en los rasgos autistas y habilidades adaptativas? [Internet].; 2019. Acceso 02 de diciembre de 2024. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29204929/>.
- 19) Engelbrecht N. El CAT – Q. Embrace autism. [Internet] Canadá; 2020. Acceso 16 de diciembre de 2025. Disponible en: <https://embrace-autism.com/cat-q/>
- 20) Asoc. Tajibo. El camuflaje Autista: La hipótesis de Lorna Wing y sus implicaciones en el diagnóstico del autismo. Tajibo [Internet] 2024. Acceso el 5 de diciembre de 2024. Disponible en: <https://tajibo.org/camuflaje-autista-lorna-wing-mujeres/>
- 21) Beck JS, Lundwall A, Gabrielsen T, Cox JC, Sur M. Verse bien, pero sentirse mal: conductas de “camuflaje” y salud mental en mujeres con rasgos autistas. *Ciencia Psicología*. 2020; 24(4).
- 22) BBC Mundo. "Todo empezó a tener sentido cuando descubrimos que éramos autistas": las mujeres que sólo fueron diagnosticadas de adultas". [Internet]; 2018. Acceso el 05 de octubre de 2023. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-43544436>.
- 23) Leiva Ponce M. Mujeres autistas chilenas diagnosticadas en edad adulta: Consecuencias y dificultades durante el proceso. *Psiquiatría y Salud Mental*. 2022.
- 24) Cedano YM, Rivera Caquíás N, Álvarez M, Vega Carrero M. Trastorno del Espectro Autista en Fémimas. *Revista Caribeña de Psicología*. 2020; 4(3)
- 25) Hervás A. Género femenino y autismo: infra detección y diagnósticos. *Medicina (Buenos Aires)*. 2022; 82(1).
- 26) Mariño Candal. Participación, fortalezas y desafíos en la vida cotidiana de mujeres en el espectro autismo. [Internet]; 2023. Acceso el 05 de octubre de 2024. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2183/33465>
- 27) Ruggieri V. Autismo, depresión y riesgo de suicidio. *Medicina (Buenos Aires)*. 2020; 80(2).
- 28) Baña Castro. El rol de la familia en la calidad de vida y la autodeterminación de las personas con trastorno del espectro del autismo. *Ciencias Psicológicas*. 2015; 9(2).
- 29) ALA. Autismo en mujeres: Testimonio de una mujer autista. [Internet]; 2022. Acceso el 12 de diciembre de 2024. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=7uYO6kMG7c>.
- 30) Raille Alligood, M. (2015) Modelos y teorías de Enfermería. 8th edn. Barcelona: Elsevier. Páginas: 293-313.

- 31) Alvarado A, Venegas B. Et al. Modelo de Adaptación de Roy en el contexto comunitario. Rev Cuid. [Internet]; 2023. Acceso el 23 de enero de 2025. 14 (3) Disponible en: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/3016/2855>
- 32) Ratto AB, Kenworthy L, Yerys BE, Bascom J, Trubanova Wieckwski A, White SW, et al. ¿Qué pasa con las chicas? ¿Diferencias basadas en el sexo en los rasgos autistas y habilidades adaptativas? [Internet].; 2019. Acceso el 02 de diciembre de 2024. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29204929/>.
- 33) IM. Colección Ivàlua de guías prácticas sobre evaluación de políticas públicas [Internet]. Gob.es. Acceso el 11 de noviembre de 2024. Disponible en: https://www.fondoseuropeos.hacienda.gob.es/sitios/dgfc/esES/ipr/fcp1420/e/Documents/Guia8_Evaluacion_cualitativa_ivalua.pdf
- 34) Tomás O. Entrevista Semiestructurada: ¿Cuándo y Por qué hacerlas? [Internet]. Grupo Castilla. 2023. Acceso el 8 de noviembre de 2024. Disponible en: <https://www.grupocastilla.es/entrevistasemiestructuradas/>