

UNIVERSIDAD DE OVIEDO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Universidad de Oviedo

GRADO EN PSICOLOGÍA
CURSO 2021-2022

**IDENTIDAD DE GÉNERO Y ORIENTACIÓN SEXUAL EN EL
TRASTORNO DEL ESPECTRO DEL AUTISMO**

**GENDER IDENTITY AND SEXUAL ORIENTATION IN
AUTISM SPECTRUM DISORDER**

(Revisión sistemática)

PAULA MUEL DELGADO

Oviedo, noviembre 2021

Resumen

Antecedentes: Estudios recientes parecen señalar una mayor prevalencia de identidades transgénero, disforia de género y orientaciones no heterosexuales en las personas con trastorno del espectro del autismo (TEA), aunque los resultados no son muy conclusivos. Por ello, en este trabajo se ha realizado una revisión sistemática para conocer el estado actual de la cuestión. *Método:* El desarrollo de este proceso de revisión dio lugar a un total de 16 estudios que conformaron la muestra final de trabajos revisados. *Resultados:* En los artículos seleccionados se encontraron evidencias de esta mayor prevalencia y la presencia de distintas hipótesis para explicar la presencia de la incongruencia de género y la disforia de género, a través de factores psicológicos, sociales e, incluso, biológicos. *Conclusiones:* Se discute la importancia del abordaje desde el ámbito social y la necesidad de una educación sexual específica acorde con las necesidades de estas personas.

Palabras clave: Trastorno del Espectro del Autismo, disforia de género, identidad transgénero, orientación sexual

Abstract

Background: Recent studies seem to point to a higher prevalence of transgender identities, gender dysphoria, and non-heterosexual orientations in people with autism spectrum disorder (ASD), although the results are not very conclusive. Therefore, it has been done a systematic review to determine the current state of the matter. *Method:* The development of this review process resulted in a total of 16 studies that made up the final sample of reviewed papers. *Results:* In the selected articles were found evidence of this higher prevalence and the presence of different hypotheses to explain the presence of gender incongruity and dysphoria, through psychological, social and biological factors. *Conclusions:* Is discussed the importance of the approach from the social sphere and the need for a specific sexual education according to the needs of these people.

Keywords: Autism Spectrum Disorder, gender identity, gender dysphoria, sexual orientation

Introducción

En los últimos años ha sido creciente el número de estudios que investigan la prevalencia o la relación entre el Trastorno del Espectro del Autismo (TEA) y la disforia de género, la identidad transgénero y las orientaciones sexuales no heterosexuales. Este interés se suscita al ver que los primeros resultados de los estudios principales parecen indicar una mayor prevalencia de esta relación entre las personas con TEA que en la población general.

Pasamos a exponer los conceptos principales de la investigación, antes de abordar el estado de la cuestión.

El Trastorno del Espectro del Autismo se recoge en el DSM 5 (APA, 2014) como una categoría diagnóstica multidimensional dentro de los trastornos del neurodesarrollo que se caracteriza por deficiencias en la comunicación e interacción social: reciprocidad emocional (ajustar las emociones a la situación social, compartir intereses...) lenguaje no verbal, mantenimiento y comprensión de relaciones; así como patrones restrictivos y repetitivos del comportamiento: movimientos y habla estereotipados o repetitivos, interés persistente por objetos, inflexibilidad de rutinas, intereses restringidos e hiper- o hiporreactividad a estímulos sensoriales. Además se añade una valoración de la gravedad del trastorno según el grado de ayuda que se necesite: grado 1 “necesita ayuda”, grado 2 “necesita ayuda notable” y grado 3 “necesita ayuda muy notable”.

La prevalencia de TEA ha ido aumentando respecto a años anteriores debido a cambios en los criterios diagnósticos, una mayor precisión en las prácticas de detección y diagnóstico, las políticas de educación especial, la disponibilidad de servicios y el conocimiento acerca de la sintomatología (Alcantud et al., 2017). Diferentes investigaciones señalan prevalencias desde 1/160 (OMS 2021) hasta 1/50 (André et al., 2020). Según *Autism Europe*, el autismo se encuentra en una de cada 100 personas. Respecto a la prevalencia en función del género, parece registrarse un mayor número de diagnósticos en niños que en

niñas, con una proporción de 1:3. En el estudio de Wood-Downie et al. (2020) se apunta una posible explicación al analizar los instrumentos utilizados para el diagnóstico del TEA. Han sido instrumentos generalmente desarrollados con muestras de hombres y, por tanto, podrían no ser igualmente sensibles en la detección del autismo en las mujeres (Ruggieri y Arberas, 2016). Así mismo, los criterios utilizados para el diagnóstico son comportamentales y de reciprocidad socioemocional. En estas áreas las mujeres con TEA tienen un mejor desarrollo que los hombres con TEA (Ruggieri y Arberas, 2016), por lo que el problema en el diagnóstico podría deberse, en gran medida, a los criterios usados. Podríamos hablar, entonces, de un *efecto camuflaje* (McQuaid et al., 2021); un perfil de autismo invisible en aquellas niñas que, teniendo dificultades en procesos cognitivos sutiles, no manifiestan alteraciones conductuales marcadas o llamativas, teniendo una capacidad cognitiva que les permite aprender a adaptarse socialmente.

Además de estos rasgos principales, algunos artículos mencionan otros rasgos característicos del TEA, que son relevantes para entender los resultados de los estudios que se citarán más adelante. Así, en las personas con TEA se observan menos comportamientos distintivos asociados al género, siendo esto más acusado en la infancia; es decir, conductualmente hay menos diferencias entre hombres y mujeres (o niños y niñas) con TEA que entre hombres y mujeres en la población general (Tanweer et al., 2010). También presentan dificultades para desarrollar sentimientos de pertenencia o identificación con grupos, debido a los déficits en la comunicación e interacción social, y se han encontrado déficits en la memoria autobiográfica. Ambos aspectos condicionan la formación del autoconcepto y la identidad (Cooper et al., 2017).

Estos factores afectan a la comprensión de normas sociales y por tanto de los roles de género: conjunto de normas establecidas socialmente para cada género (Herrera, 2000); Comportamientos, sentimientos o pensamientos que cultural o socialmente se entienden como propios o característicos de un género.

Una vez expuesto qué es el TEA y algunos aspectos relativos a su prevalencia, pasamos a exponer los conceptos de identidad de género, transexualidad, disforia de género y, posteriormente, orientación sexual.

La identidad de género se define como la percepción subjetiva que cada persona tiene de su género (Genovese, 2021). Esta identidad se empieza a formar entre los 18 meses y los 3 años; a esa edad tan precoz es cuando los niños y las niñas comienzan a conocer y tomar consciencia de su género (Martin y Ruble, 2010). En esta etapa el concepto es muy rígido, y se basa en la apariencia, comportamientos, roles de género... (Ruble et al., 2007). En etapas escolares, este concepto se vuelve más estable e independiente de aspectos externos: el género no cambia por la apariencia que tengas ni las prendas que vistas (George y Stokes, 2018 a; Martin y Ruble, 2010). En la adolescencia la identidad se consolida y se desarrolla su expresión de forma multidimensional (Lazaratou et al., 2018). Por tanto, aunque las bases de la identidad de género se establecen en la infancia, la identidad personal se desarrolla a lo largo de toda la vida, en función de las experiencias sociales de la persona y, de modo similar, la identidad de género parece seguir el mismo desarrollo. No es hasta los seis o siete años cuando el sentimiento de pertenencia a uno u otro género se considera más estabilizado. La identidad de género se irá afianzando si este aprendizaje ocurre de forma adecuada y siempre en relación con el entorno afectivo y la autoestima del menor.

Generalmente, la identidad de género coincide con el sexo biológico, pero no siempre es así. Cuando no existe esta coincidencia, el desarrollo de la persona puede verse alterado por un sentimiento de malestar psicológico o disforia de género ya que la persona siente que pertenece a otro género y así lo manifiesta. Se trata, por tanto, de una discordancia entre el género asignado al nacer (sexo biológico) y la identidad de género (género sentido por la persona). Si estas identidades coinciden estaremos hablando de una persona cisgénero; si no coinciden, utilizaremos la expresión transgénero o transexual (en caso de que la persona haya realizado o esté realizando un proceso de transición social, biomédico y/o psicológico hacia el género y sexo con el que se identifica).

Por tanto, y después de lo anteriormente apuntado, la disforia de género se define como una incongruencia entre el sexo (género) que uno siente o expresa y el que se le asigna, acompañado de un malestar clínicamente significativo y deterioro social (APA, 2014).

Por otro lado, la orientación sexual hace referencia a la atracción física, romántica y/o emocional de manera perdurable hacia un género o géneros. Se habla de orientación heterosexual si la atracción es hacia un género distinto al propio, orientación homosexual si la atracción es hacia el propio género y de orientación bisexual cuando la atracción es tanto hacia el género propio como al género distinto. Mientras que la identidad de género se manifiesta en los primeros años de vida, la orientación sexual emerge entre la etapa media de la niñez (siete y doce años) y el principio de la adolescencia. Del mismo modo que la identidad de género, la orientación sexual no tiene por qué quedar conformada definitivamente en esos momentos del desarrollo, pudiendo aparecer cambios en la orientación sexual en la juventud o en la adultez. Brizuela et al. (2010) se centraron en el desarrollo de orientaciones no heterosexuales; así, distinguieron 3 etapas: la primera etapa de sensibilización, donde se toma consciencia de que las conductas no se ajustan a la norma. En la segunda, se produce una confusión identitaria, en la que surgen pensamientos y sentimientos en relación con la orientación y pueden surgir conductas de negación. Por último, en la tercera, se asume la identidad, se acepta y generalmente se comparte con el círculo social cercano.

Øien et al. (2018) crearon una guía para la revisión sistemática de la relación entre disforia de género, sexualidad y TEA; en ella se cita el artículo de VanderLaan et al. (2015) en el que se encuentran mayores niveles de intereses obsesivos en niños con disforia de género. También se encontró una correlación entre disforia de género y funciones ejecutivas similares a las presentes en TEA y dificultades sociales asociadas a rasgos de TEA (Akgül et al., 2018). Estos estudios sugieren alguna forma de relación entre los aspectos de interés de este trabajo, ya que como se ha apuntado al inicio, los intereses restringidos y repetitivos y las dificultades en la interacción social son rasgos centrales del TEA.

Dewinter et al. (2017) ponen en evidencia otra relación, pues aportan resultados que indican que el 9,9% de hombres asignados al nacer con TEA y el 2,3% de las mujeres (asignadas al nacer) con TEA se identifican como transgénero, unos porcentajes mayores a los de la población general.

En cuanto a la orientación sexual, George y Stokes (2018 b) indican que hasta el 70% de la población con TEA se identifica como no heterosexual, y esto se relaciona con peores niveles de salud mental: mayor ansiedad y depresión (George y Stokes, 2018 a). Una cifra muy significativa que evidencia la necesidad de ampliar el conocimiento sobre la sexualidad en esta población, ya que anteriormente se consideraba que era un aspecto que no tenía especial importancia para estas personas. Aunque esta creencia pueda persistir hoy en día, el enfoque actual es que la sexualidad forma parte del desarrollo normativo de las personas con TEA (Dewinter et al., 2017) y es fundamental entender los procesos que la envuelven.

Debido a estas evidencias, desde distintos ámbitos existe un interés creciente por el estudio de la relación entre la identidad de género, disforia de género, orientación sexual y TEA. En función de lo mencionado, se estableció como objetivo de trabajo conocer el estado actual de la cuestión acerca de la relación del TEA con identidades transgénero, disforia de género y orientación sexual mediante una revisión sistemática. Para ello se plantearon las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Qué evidencias científicas existen acerca de la relación entre identidades transgénero y/o disforia de género y TEA?
- ¿Qué evidencias científicas existen acerca de la relación entre orientaciones sexuales no heterosexuales y TEA?
- ¿Qué hipótesis explicativas proponen los autores para dichas relaciones?

Método

Procedimiento

Se ha realizado una revisión sistemática de la literatura científica, siguiendo el esquema de la Declaración Prisma (Moher et al., 2009).

La consulta para la búsqueda de artículos se organizó a través de la base de datos Web of Science, siendo los descriptores utilizados, tanto en español como en inglés, los siguientes:

espectro del trastorno del autismo ('autistic spectrum disorder', 'asperger', y 'autism') combinado con disforia de género ('gender dysphoria'), identidad de género ('gender identity', 'sexual identity'), y orientación sexual ('sexual orientation').

Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión que se utilizaron fueron: (a) artículos publicados en los últimos 5 años (2017 a 2021); (b) que incluyeran resumen y texto completo; (c) artículos en inglés o en español; (d) que estudiaran la relación entre TEA e identidad de género u orientación sexual.

Criterios de exclusión

Se excluyeron los artículos que no cumplieran con unos mínimos criterios descriptivos o metodológicos (i.e., descripción de los participantes, especificación sobre los instrumentos de evaluación empleados y descripción de los programas utilizados). Asimismo, se excluyeron actas en congresos, ponencias en conferencias y estudios teóricos.

Organización de los resultados

La organización de los resultados se ha realizado en función de las preguntas de investigación planteadas en esta revisión, en concreto: evidencias acerca de la identidad y disforia de género en personas con TEA, evidencias acerca de la orientación sexual en esta población y las hipótesis explicativas relacionadas con estas evidencias.

Resultados

El proceso de selección y exclusión del material bibliográfico se resume en el diagrama de flujo presentado en la Figura 1. Mediante un estudio de los títulos y resúmenes de los artículos que se obtuvieron en la búsqueda, se hizo la selección de aquellos que podían

responder a los objetivos de esta investigación. La búsqueda inicial proporcionó un total de 527 trabajos. Tras eliminar los duplicados, el número se redujo a 195. Se filtraron los resultados por su acceso, y se excluyeron aquellos artículos que no estaban disponibles en su totalidad desde el buscador (117). Entre los restantes, se seleccionaron aquellos que cumplían los criterios de inclusión anteriormente mencionados. Así, el desarrollo de este proceso de revisión dio lugar a un total de 16 estudios que conformaron la muestra final de trabajos revisados. La Tabla 1 recoge, a modo de síntesis, los principales resultados de estos estudios.

Figura 1.

Diagrama de flujo de los trabajos seleccionados

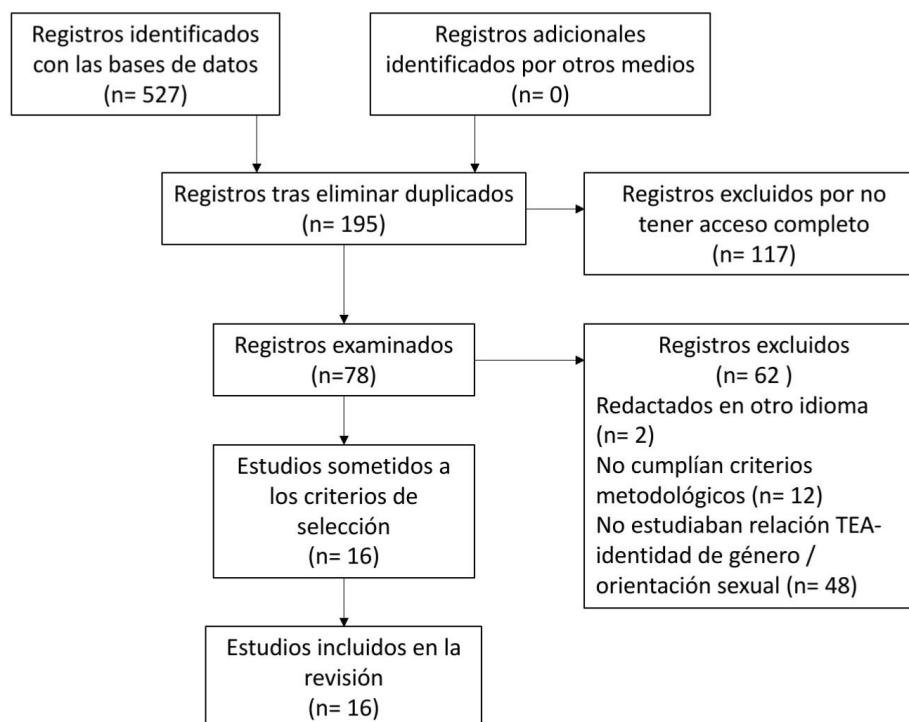


Tabla 1
Resultados

Autor y año	Participantes antes	Instrumentos	Resultados	Hipótesis
Dewinter et al. (2017)	N= 8739 (TEA= 675 Normotípica= 8064) > 15 años	Sexual Health questionnaire (de Graaf, 2012)	El 1% de la población con TEA es transgénero. El 22% de mujeres y 8% de hombres tienen sentimientos de no conformidad con su género asignado. Mayor proporción de atracción por el mismo género que en la población general. Menor proporción de parejas (50%) que en población general (70%).	Explicación multifactorial: diferencias en las etapas de desarrollo, influencia de hormonas en estados prenatales, falta de identificación con población general, , interpretación de roles de género, necesidad de experiencias concretas para decidir identidad o atracción, menor influencia de normas sociales.
Zucker et al. (2017)	N= 386 M= 7 años	Teacher's Report Form (Achenback y Thomas, 2001)	Mayor porcentaje de rasgos y diagnóstico de TEA en niños con disforia de género.	Los comportamientos e intereses estereotipados pueden ser típicos del género opuesto, por lo que se desarrollan sentimientos de no conformidad con el género asignado.
Cooper et al. (2018)	N= 486 (TEA= 219 Población general= 267) 16-80 años	Cuestionario sobre identidad de género, identificación con el género, masculinidad/feminidad y autoestima (respecto del género)	Personas con TEA se sienten menos identificadas con su género y tienen una imagen negativa de este, siendo más significativo en mujeres(asignadas al nacer).	La falta de identificación y autoestima con su género en las personas con TEA puede deberse a las diferencias que presentan en la socialización, al no tener comportamientos estereotípicos relacionados con su género, tienen menor sentimiento de pertenencia a él.
Nobili et al. (2018)	N=1312 (Transgénero= 656 Cis-género =656) 16-74 años (M=28)	Autism Spectrum Quotient Short Versión (Hoekstra et al., 2011)	Entre las personas asignadas mujer al nacer, las transgénero(hombres transgénero o personas no binarias) tienen el doble de posibilidades de presentar niveles clínicamente significantes de TEA respecto a las mujeres cis-género y a las personas transgénero asignadas hombres al nacer (mujeres transgénero o personas no binarias).	Las personas transgénero (especialmente asignadas mujeres), presentaron dificultades en comportamientos sociales (habilidades sociales, flexibilidad mental, cambio de atención...), debido a la ansiedad que les provoca la necesidad de cambiar comportamientos estereotipados de género, por lo que los resultados podrían no indicar mayores rasgos

				de TEA, sino estas dificultades de socialización.
Qualls et al. (2018)	N= 340 18-30 años	Autism Spectrum Quotient (Baron-Cohen et al, 2001) Broad Autism Phenotype Questionnaire (Hurley et al, 2007) Brief Index of Sexual Functioning for Women (Taylor et al. 1994) Klein Sexual Orientation Grid (Klein et al. 1985)	Personas de la población general con altos niveles de Fenotipo Ampliado del Autismo presentan mayor porcentaje de atracción hacia su mismo género.	Personas con TEA o Fenotipo Ampliado del Autismo son menos sensibles a los prejuicios asociados a orientaciones no heterosexuales, por lo que estarían más abiertos a expresarlas.
van der Miesen et al. (2018 a)	N= 3245 (TEA= 196 Disforia de género= 542 Población general= 2507) (M= 11,1 años)	Children's Social Behavior Questionnaire (Hartman et al., 2015)	Niños con disforia de género reportaron mayores niveles de sintomatología de TEA que en la población general (14,5% frente 3,5%) pero menor que niños con diagnóstico de TEA. Presentan dificultades en socialización y reciprocidad. Niños muestran mayor nivel de disforia de género que las niñas.	Los intereses de niños con diagnóstico de TEA y disforia de género suelen ser considerados femeninos (prendas, maquillaje...), esto puede deberse a una necesidad específica de input sensorial.
van der Miesen et al. (2018 b)	N= 3242 11-18 años (M=15) y >18	Youth Self-Report (Achenbach y Rescorla, 2001) Adult Self-Report (Achenbach y Rescorla, 2003) Children's Social Behavior Questionnaire (Hartman et al., 2015) Adult Social Behavior Questionnaire (Horwitz et al., 2016)	Mayor porcentaje de personas con TEA que en población general expresan deseos de ser del género opuesto. En adolescentes el porcentaje es mayor en chicas (asignadas al nacer) que en chicos.	Los niveles más altos en chicas se atribuyen a causas sociales. Los intereses específicos de las personas con TEA pueden ser asociados a su género opuesto, por lo que desarrollarían mayor sentimiento de pertenencia a este. Las dificultades en la teoría de la mente puede dificultar los sentimientos de pertenencia al grupo, incluyendo el género. La presencia de TEA y el deseo de ser del género opuesto correlaciona con mayores niveles de ansiedad, depresión y malestar somático.

Walsh et al. (2018)	N=669 15-80 años (M=44)	Autism-Spectrum Quotient (Baron-Cohen et al., 2001) Sensory Processing Questionnaire. (Tavassoli et al., 2014)	Personas transgénero y no binarias reportan mayores niveles de rasgos cognitivos de TEA. También menor hipersensibilidad visual y auditiva.	El mayor porcentaje de personas transgénero, binarias y no heterosexuales entre población con TEA se podría explicar por la indiferencia hacia los condicionantes social, por considerar sus intereses como propios del género opuesto, y por interpretar sus diferencias como factores de exclusión de su género asignado.
Mahfouda et al. (2019)	N= 104 M=14 años	Social Responsiveness Scale 2 (Constantino y Gruber, 2007) Youth Self-Report (Achenbach y Rescorla, 2001) Paediatric Quality of Life Inventory (Varni et al., 2007)	Mayor porcentaje de diagnóstico o presentación de rasgos de TEA en niños y jóvenes transgénero. Mayores niveles de problemas psicológicos (autolesiones o intentos de suicidio).	
Stagg y Vincent (2019)	N= 196 (cisgénero, transgénero y no binario) > 18 años	The Autism Spectrum Quotient (Baron-Cohen et al., 2001) The Empathy Quotient (Baron-Cohen, 2004) The Systemising Quotient-Revised (Baron-Cohen, 2006) Reading the Mind in the Eyes (Baron-Cohen, 2001)	Mayor porcentaje de TEA en personas transgénero y no binarias que en población cisgénero (14%/4%). El 28% de personas transgénero y no binarias obtuvieron resultados que indican necesidad de mayor screening para el diagnóstico de TEA.	El malestar por su género asignado que sufren las personas transgénero y no binarias durante su desarrollo podría provocar la formación de una cognición más sistemática, parecida a la de TEA, o una forma de socialización restringida por la discriminación.
Kallitsounaki et al. (2020 a)	N= 101 22-70 años (M=36)	Implicit Association Test (Greenwald y Farnham 2000) Personal Attributes	A mayores rasgos de TEA (en población general), peor auto-concepto de género (se perciben como hombres menos masculinos y mujeres menos femeninas).	

		Questionnaire (Spence y Helmreich 1978) Autism-Spectrum Quotient (Baron-Cohen et al., 2001)		
Kallitsounaki et al. (2020 b)	N= 101 22-70 años (M=36)	Autism Spectrum Quotient (Baron-Cohen et al., 2001) Reading the Mind in the Eyes (Baron-Cohen et al., 2001) The Recalled Childhood Gender Identity/Gender Role Questionnaire (Zucker et al., 2006) Gender Identity/Gender Dysphoria Questionnaire for Adolescents and Adults (Deogracias et al., 2007)	Los rasgos de TEA en población general correlacionan positivamente con los de disforia de género y con comportamientos en la infancia propios del género opuesto.	La deficiencia en la teoría de la mente en TEA puede incrementar la fluidez de la identidad de género, ya que puede dificultar el proceso de internalización de atributos que estereotipadamente definen su género asignado.
Lehmann et al. (2020)	N= 123 > 15 años	Autism Quotient (Baron-Cohen, 2006) Cambridge Behavior Scale (Baron-Cohen, 2004) . The Ritvo Autism Asperger Diagnostic Scale-Revised (RAADS-R) (Ritvo, 2011)	El 17,2% de los usuarios de servicios de identidad de género tienen diagnóstico de TEA	
Murphy et al. (2020)	N= 727 18-74 años (M=28)	Autism-Spectrum Quotient (Baron-Cohen et al., 2001) Depression,	Se encontraron mayores rasgos de TEA en hombres transexuales comparado con mujeres transexuales. Mayores niveles de depresión y	

		Anxiety and Stress Scale (Lovibond y Lovibond, 1995).	ansiedad en la personas con TEA y en personas transgénero.	
Pecora et al. (2020)	N= 295 mujeres (TEA= 134 Genera= 161 > 18 años	The Sexual Behavior Scale (Stokes, 2016)	Mayor proporción de mujeres transgénero en población CON TEA. Mayor incidencia de experiencias sexuales negativas (no deseadas o de las que se arrepiente) en mujeres con TEA no heterosexuales que mujeres con TEA heterosexuales y sin TEA.	La sobreexposición a testosterona durante el embarazo puede provocar rasgos masculinos, influyendo en la identidad de género. Aunque esto no se aplica a los hombres. La rigidez cognitiva propia de TEA puede llevar a una interpretación inflexible del género, por lo que es más probable que no se identifiquen con su género asignado si sus comportamientos o intereses no responden a los estereotipos. Menor dependencia de las normas sociales provoca que el género de su pareja tenga menor relevancia
Smith et al. (2020)	N= 10 TEA y disforia de género > 18 años	Entrevista semi-estructurada	Las personas con TEA presentan dificultades en el entendimiento y aceptación de la identidad de género (distinto a su género asignado) y el acceso a relaciones que les proporcionen apoyo. La presencia de TEA actúa como protector de las expectativas sociales y prejuicios ya que les son más indiferentes.	El TEA afecta a la formación de la identidad, las dificultades en la comunicación y socialización dificultan la formación de una identidad propia y de género positiva.

Identidad y disforia de género

En general, los estudios revisados coinciden en señalar que las personas con TEA muestran mayor preferencia por una identidad transgénero que por una identidad binaria o congruente con su género asignado al nacer, siendo esta preferencia más destacada en las mujeres con TEA. Así, en el estudio de van der Miesen et al. (2018 b) el 6,5% de los participantes manifestaron deseos de ser de otro género. Dewinter et al. (2017) también reportan que el 22% de mujeres y el 8% de hombres tienen sentimientos de no conformidad con su género asignado, un porcentaje mucho mayor al de la población general. El estudio de Cooper et al. (2018) recoge que las personas con TEA tenían más probabilidad de presentar

una incongruencia de género que sus pares del grupo control, especialmente en el caso de las mujeres ($p < .001$). En la misma línea, el estudio de Pecora et al. (2020) expone que existen 1,6 veces más probabilidades de que las mujeres con TEA presenten una identidad transgénero que las mujeres sin TEA.

También se detectó que presentan dificultades en la comprensión y aceptación de la identidad de género, pero se muestran más indiferentes ante las expectativas sociales y prejuicios existentes sobre ellas (Smith et al., 2020).

A su vez, se observa que personas transgénero, con disforia de género o que acuden a clínicas psicológicas por aspectos relacionados con su género, presentan mayor prevalencia de TEA o altas puntuaciones en rasgos propios de TEA que personas normotípicas (Mahfouda et al., 2019; Walsh et al., 2018). Estos resultados son más pronunciados en las personas transgénero asignadas mujer al nacer (Murphy et al., 2020; Nobili et al., 2018).

Lehman et al., (2020) hallaron que el 17,2% de las personas que acuden a clínicas psicológicas por aspectos relacionados con el género, presentan un diagnóstico de TEA. También apoyan esta elevada prevalencia Stagg y Vincent (2019), que hablan de un 14% de pacientes con este diagnóstico e, incluso, de un 28% con rasgos propios de TEA.

En niños con disforia de género, se encontró que el 14,5% presentan rasgos de TEA (frente al 3,5% en la población general), mostrando dificultades en la socialización y en la reciprocidad emocional (van der Miesen et al., 2018 a). Estos resultados son consistentes con los del estudio de Zucker et al., (2017) que también encontró mayor porcentaje de diagnósticos y de rasgos TEA en niños con disforia de género.

Se han estudiado estos aspectos en la población general (personas cisgénero y sin diagnóstico de TEA) y se ha visto una correlación entre puntuaciones altas en rasgos de TEA con mayor proporción de diagnósticos de disforia de género, comportamientos en la infancia típicamente entendidos como del género opuesto (Kallitsounaki et al., 2020 b), y con un peor autoconcepto referido al género. Estas personas se perciben como hombres menos masculinos y mujeres menos femeninas respecto de la media (Kallitsounaki et al., 2020 a).

Orientación sexual

Dewinter et al. (2017) encontraron un mayor porcentaje de personas bisexuales en la población con TEA, pero menos homosexuales que en la población general. En cambio Pecora et al. (2020) apuntan a que es 2,4 veces más probable respecto a la población normotípica que una persona con TEA sea homosexual y 2,3 veces que sea bisexual. Estos resultados concuerdan con estudios anteriores, que afirman que aunque puede que la diferencia no sea tan marcada, tanto en adolescentes como en adultos hay un mayor porcentaje de atracciones no heterosexuales, y señala también una mayor prevalencia de asexualidad (Fernández et al., 2016). También apoyan estos datos May et al. (2017), encontrando mayor porcentaje de atracción por el mismo género y asexualidad en adultos con TEA en comparación con adultos con desarrollo típico, siendo más significativo en mujeres. En cambio hallaron que en adolescentes varones había la misma proporción de atracción por el mismo género que en sus iguales sin TEA, además, reportaban menos relaciones sentimentales que adolescentes sin TEA y chicas con TEA.

En concordancia con la visión actual de Dewinter et al. (2017) de que la sexualidad es un aspecto del desarrollo normativo de las personas con TEA, en varios estudios se ha encontrado que la población normotípica y con TEA presentan porcentajes muy similares en cuanto a relaciones sentimentales (Bush, 2018; May et al., 2017). Aunque las personas con TEA son más propensas a estar en relaciones con personas con TEA que la población normotípica.

A su vez, en la población general se observó una relación positiva entre atracción hacia el mismo género y puntuaciones altas en Fenotipo Ampliado del Autismo (Qualls et al., 2018).

Hipótesis explicativas

El interés investigador también se ha dirigido al estudio de los factores que podrían explicar la mayor prevalencia de la no conformidad de género en personas con TEA y la presencia de disforia de género. La mayor parte de los estudios revisados plantean una explicación multifactorial de estos aspectos (Dewinter et al., 2017).

El malestar propio de la disforia de género o que puede estar presente en las personas transgénero, puede llevar al desarrollo de rasgos cognitivos más rígidos o dificultades en la socialización que pueden coincidir con aquellos característicos de las personas con TEA (Stagg y Vincent, 2019). Esto podría explicar el mayor porcentaje de diagnósticos de TEA que se encuentra en las personas transgénero o con disforia de género, pero también puede indicar que lo que miden los instrumentos son fundamentalmente las dificultades generadas por las experiencias vitales (Nobili et al., 2018).

Otra explicación reside en los intereses restrictivos, repetitivos o estereotipados propios del TEA. Estos intereses pueden no coincidir con los roles de género, es decir, un hombre puede tener intereses entendidos socialmente como femeninos o propios de mujeres, y viceversa. Este aspecto, sumado a la rigidez de pensamiento y a la dificultad para entender las normas sociales puede llevar a una falta de identificación o sentimientos de no conformidad con el género asignado, es decir, podrían pensar que, al no tener comportamientos acordes con los estereotipos establecidos socialmente, no forman parte de ese género (Zucker et al.; 2017; Walsh et al., 2018; van der Miesen et al., 2018 b; Cooper et al., 2018; Pecora et al., 2020). A su vez, van der Miesen et al. (2018 a) señalan que estos intereses propios del género opuesto a menudo tienen su origen en la necesidad de un input sensorial específico (e.g., maquillaje, vestidos).

Basándose en otra característica central del TEA, la comunicación y socialización son procesos fundamentales para la formación de la identidad y, por tanto, para la identidad de género. Las limitaciones en estos aspectos pueden interferir en ese proceso de formación de

la identidad de género, lo que podría explicar los altos niveles de disforia de género o no conformidad con este entre las personas con TEA (Cooper et al., 2018; Smith et al., 2020).

La mayor independencia respecto a las normas sociales que presentan en muchas ocasiones las personas con TEA, podría explicar tanto la identidad transgénero, es decir, se muestran más abiertos a expresar su identidad de género con mayor independencia de los roles sociales y las expectativas (Walsh et al., 2018), como las orientaciones no heterosexuales, pues al no sentirse tan afectados por las expectativas sociales (i.e., heterosexualidad) están más dispuestos a expresarlo (Qualls et al., 2018) y le dan menor importancia al género de su pareja, poniendo su atención en otras cualidades de la persona (Pecora et al., 2020).

Como se mencionó anteriormente, las personas con TEA podrían encontrar dificultades para desarrollar sentimientos de pertenencia a grupos, lo que podría extenderse hasta la identificación con el género asignado. Van der Miesen et al. (2018 b) atribuyen estas dificultades al déficit en la Teoría de la Mente (Baron-Cohen, 1994): habilidad para comprender y predecir la conducta de otras personas, sus conocimientos, intenciones y creencias. Estas dificultades también pueden limitar el proceso de internalización de atributos que definen su género asignado, contribuyendo a la disforia y no conformidad (Kallitsounaki et al., 2020 b).

Algunos estudios también hacen referencia a factores sociales (van der Miesen et al., 2018 b), y atribuyen la causa de la mayor prevalencia de deseos de ser del género opuesto en mujeres asignadas (sobre todo en adolescentes) a que socialmente está más aceptada la masculinidad que la feminidad, y la preferencia de estas a relacionarse mayoritariamente con hombres, por lo que presentaría más dificultad crear sentimientos de pertenencia con su género asignado.

El interés investigador también se ha dirigido hacia factores de tipo biológico. En esta línea, Pecora et al. (2020) señalan que una exposición a niveles altos de testosterona durante el embarazo puede llevar a presentar rasgos más masculinos en personas asignadas mujeres, lo que podría explicar la disforia de género o la identidad transgénero. Aunque esta hipótesis no se podría aplicar a los hombres, ya que no hay correlación entre su exposición a hormonas y rasgos más femeninos (May et al., 2017).

Discusión y conclusiones

Tras revisar los artículos seleccionados se puede concluir que existe una relación entre identidades transgénero, disforia de género y orientaciones sexuales no heterosexuales y el TEA. Esta relación se muestra en la mayor prevalencia de dichas realidades en esta población respecto a la población normotípica.

Los autores presentan distintas hipótesis explicativas para este fenómeno: la sintomatología común (Stagg y Vincent, 2019), factores sociales o la falta de comprensión de ellos (Cooper et al., 2018; Pecora et al., 2020; van der Miesen et al., 2018 b; Walsh et al., 2018; Zucker et al., 2017), diferencias en el proceso de desarrollo de la identidad (Cooper et al., 2018; Smith et al., 2020), alteraciones hormonales en estados prenatales (Pecora et al., 2020)... Lo que nos indica esta variedad de hipótesis es que, de momento, la explicación más adecuada reside en causas multifactoriales (Dewinter et al., 2017) y que se debe seguir profundizando e investigando en esta cuestión.

Estos resultados e hipótesis son respaldados por numerosos estudios que aunque su foco de investigación no fuera el mismo que el de este trabajo, aportan evidencias que apoyan las ideas expuestas.

George y Stokes (2018 a) achacan las identidades transgénero y la disforia de género a que las personas con TEA tienen un proceso de desarrollo distinto, por lo que la formación

y consolidación del género presentan diferencias respecto de la población general. La formación de la identidad se ve influida por el TEA ya que las dificultades en la relación con los demás limita mucho este proceso, tienen menos oportunidades de conocer a iguales para formar un sentimiento de identidad con un género u otro y para tener experiencias en las que se base su identidad de género y orientación sexual (Dewinter et al., 2017). De Vries et al. (2010) y Van Schalkwyk et al. (2015) defienden que aunque la exploración del género sea más lenta, el desarrollo sigue las mismas etapas en el TEA que en la población general. Este proceso también se ve influido por los recuerdos y vivencias que tiene una persona, de forma que las lagunas en la memoria para aspectos autobiográficos que se han observado en personas con TEA dificultan este desarrollo (Crane y Goddard 2013).

Ruble et al. (2007) señalan que en la población normotípica, durante los 3-5 años los niños son mucho más rígidos en cuanto a los roles o las características que tienen asociadas a cada género y que, con la edad, estos conceptos se van volviendo más flexibles. Las personas con TEA podrían tener dificultades en esta fase, si no la experimentan, podría derivar en la falta de diferenciación entre géneros (De Vries et al., 2010; Tanweer et al., 2010); en cambio, si la experimentan, podrían quedarse con ese concepto rígido, que originaría la disconformidad con su género al no cumplir estrictamente los roles de género (Cooper et al., 2018).

La interpretación y el concepto de género que pueden tener las personas con TEA es fundamental para la formación de su identidad de género, la comprensión de los roles de género puede ayudar a identificarse más fácilmente con un género u otro. En cambio si no se atiende a las normas sociales es difícil hacer una diferenciación clara entre hombres y mujeres (apariencia, intereses, comportamientos propios...), por lo que tanto la identidad de género como la orientación sexual se formarán con independencia de estos conceptos (Dewinter et al., 2017; Strang, 2018).

Esto daría lugar a la ceguera de género: las personas con TEA darían preferencia a otras características de las personas antes que a su género, y no se basan en este para relacionarse con los demás (George y Stokes, 2018 a; May et al., 2017; Strang, 2018). Así, a la hora de buscar pareja sentimental, lo harían con independencia del género de las personas,

centrándose en otras cualidades, lo que explicaría la mayor prevalencia de orientaciones no heterosexuales.

Un gran número de estudios apuntan a una mayor prevalencia de identidades transgénero y orientaciones sexuales no heterosexuales en mujeres con TEA en comparación con los hombres con TEA (Dewinter et al., 2017; Cooper et al., 2018; van der Miesen et al., 2018 b). Esto se puede deber a las mejores habilidades sociales, desarrollo lingüístico (Ruggieri y Arberas, 2016) y capacidad de camuflaje que presentan las mujeres con TEA (McQuaid et al., 2021), ya que esto les permite tener más experiencias para definir su identidad y ampliar su conocimiento sobre la sexualidad.

May et al. (2017) habla de los distintos resultados que pueden tener los estudios y lo achaca a las diferentes muestras utilizadas: si la muestra se selecciona de una clínica o institución, generalmente las personas tendrán mayor grado de dependencia, menores capacidades sociales, incluso mayores dificultades lingüísticas e intelectuales. En cambio, si se hace un cuestionario *online*, las personas que componen la muestra serán, en principio, más independientes, con mayor capacidad lingüística e intelectual y habrán tenido más ocasiones de ampliar su conocimiento sobre la sexualidad, incluso puede que estén interesadas y formadas en el tema y hayan tenido experiencias positivas (Dewinter et al., 2017) ya que participan de forma voluntaria y activa en el estudio de esa temática.

Relacionado con lo expuesto, De Vries et al. (2010) señalan que las identidades transgénero y las orientaciones no heterosexuales en personas con TEA son, probablemente, más comunes de lo que se reporta, ya que por limitaciones en la capacidad cognitiva o en el lenguaje, muchas personas son incapaces de completar los procedimientos de evaluación. Además, en algunos casos la evaluación se hace a través de los padres (con cuestionarios y preguntas acerca del comportamiento o los intereses de sus hijos en la niñez), y éstos podrían infravalorar los síntomas de sus hijos al pensar que no eran de importancia. Apuntan a la gran diversidad de casos estudiados: diferentes edades e identidades de género, tipo de diagnóstico que presentan y a qué edad lo recibieron, a qué edad y con qué intensidad aparece la disforia de género... por lo que llegar a conclusiones globales puede llevar a cometer sesgos.

Otro factor que podría indicar que esta incidencia fuese mayor de lo que se recoge, es la dificultad que pueden tener estas personas para expresar su identidad transgénero u orientación sexual, no sólo por cuestiones cognitivas o de lenguaje sino porque muchos son reacios a comunicarlos por los prejuicios sociales que todavía existen para estos colectivos y pueden ser vulnerables a exclusión, abusos o violencia que afectan a su desarrollo personal, sexual, y a su bienestar (Dewinter et al., 2017). Además, estas personas se enfrentan a una doble minoría, ya que por su diagnóstico de TEA también pueden sufrir a causa de los prejuicios. Strang (2018) afirma que culturalmente hay una concepción sobre el TEA por el que se ven a estas personas como “eternos niños”, que no tiene el suficiente conocimiento, madurez ni capacidad de autodeterminación para expresar su identidad u orientación, por lo que sus intentos de comunicarlo pueden desestimarse, y verse desde las familias o su entorno como una “obsesión propia” del TEA y no como un asunto real que deben respetar.

La rigidez cognitiva podría jugar también un papel en esta situación, ya que debido a ella a algunas personas con TEA les podría resultar mucho más difícil aceptar su identidad transgénero y orientación no heterosexual (De Vries et al., 2010; Dewinter et al., 2017), disminuyendo la incidencia recogida, apoyando la idea de que es menor que la que existe en realidad.

También se deben tener en cuenta aspectos culturales, ya que los roles de género pueden variar entre países y culturas, y estos tienen un papel importante en la formación de la identidad de género, por lo que podría ser difícil comparar resultados entre estudios internacionales (Van Schalkwyk et al., 2015).

Por todo esto, podemos concluir que esta es una investigación en pleno desarrollo, cuyo estudio sigue siendo de interés para distintos ámbitos (clínico, educativo, social...). Por tanto, se constata la necesidad de aumentar los conocimientos sobre la sexualidad en esta población, además de evidenciar la importancia de una educación sexual específica que facilite el desarrollo, la comprensión y la aceptación de la identidad de género y la orientación sexual de las personas con TEA.

Referencias

Akgül, G. Y., Ayaz, A. B., Yildirim, B. y Fis, N. P. (2018). Autistic traits and executive functions in children and adolescents with gender dysphoria. *Journal of sex & marital therapy*, 44(7), 619-626.

<https://doi.org/10.1080/0092623X.2018.1437489>

Alcantud, F., Alonso, Y. y Mata, S. (2017). Prevalencia de los trastornos del Espectro Autista: Revisión de datos.

<http://dx.doi.org/10.14201/scero2016474726>

American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed. --.). Madrid: Editorial Médica Panamericana

André, T. G., Montero, C. V., Félix, R. E. O. y Medina, M. E. G. (2020). Prevalencia del trastorno del espectro autista: una revisión de la literatura. *Jóvenes en la ciencia*, 7.

<http://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/3204>

Baron-Cohen, S. E., Tager-Flusberg, H. E. y Cohen, D. J. (1994). Understanding other minds: Perspectives from autism. In *Most of the chapters in this book were presented in draft form at a workshop in Seattle*, Apr 1991.. Oxford University Press.

<https://psycnet.apa.org/record/1993-98373-000>

Brizuela, A., Brenes, M. P., Villegas, M. y Zúñiga, B. (2010). El abordaje teórico y clínico de la orientación sexual en Psicología. *Wimb Lu*, 5(1), 9-35.

<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/wimblu/article/view/1186>

Bush, H. H. (2018). Dimensions of sexuality among young women, with and without autism, with predominantly sexual minority identities. *Sexuality and Disability*, 37(2), 275-292.

<https://doi.org/10.1007/s11195-018-9532-1>

Cooper, K., Smith, L. G. y Russell, A. (2017). Social identity, self-esteem, and mental health in autism. *European Journal of Social Psychology*, 47(7), 844-854.

<https://doi.org/10.1002/ejsp.2297>

Cooper, K., Smith, L. G. y Russell, A. J. (2018). Gender identity in autism: Sex differences in social affiliation with gender groups. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(12), 3995-4006.

<https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC6223803&blobtype=pdf>

Crane, L., Goddard, L. y Pring, L. (2013). Autobiographical memory in adults with autism spectrum disorder: The role of depressed mood, rumination, working memory and theory of mind. *Autism*, 17(2), 205–219.

<https://doi.org/10.1177/1362361311418690>

De Vries, A. L. C., Noens, I. L. J., Cohen-Kettenis, P. T., van Berckelaer-Onnes, I. A. y Doreleijers, T. A. (2010) Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(8):930–936.

<https://doi.org/10.1007/s10803-015-2413-x>

Dewinter, J., De Graaf, H. y Begeer, S. (2017). Sexual orientation, gender identity, and romantic relationships in adolescents and adults with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(9), 2927-2934.

https://pure.uvt.nl/ws/portalfiles/portal/17126583/2017_06_20_Dewinter_J.pdf

Fernandes, L.C., Gillberg, C. L., Cederlund, M., Hagberg, B., Gillberg, C. y Billstedt, E. (2016). Aspects of sexuality in adolescentes and adultos diagnosed with autism spectrum disorders in childhood. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(9), 3155-3165

<https://doi.org/10.1007/s10803-016-2855-9>

Genovese, A. (2021). Exploring Three Core Psychological Elements When Treating Adolescents on the Autism Spectrum: Self-Awareness, Gender Identity, and Sexuality. *Cureus*, 13(3), e14130.

<https://doi.org/10.7759/cureus.14130>

George, R. y Stokes, M. A. (2018 a). Gender identity and sexual orientation in autism spectrum disorder. *Autism*, 22(8), 970–82.

<https://doi.org/10.1177/1362361317714587>

George, R. y Stokes, M. A. (2018 b). Sexual orientation in autism spectrum disorder. *Autism Research*, 11(1), 133-141.

<https://doi.org/10.1002/aur.1892>

Herrera, S. P. (2000). Rol de género y funcionamiento familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(6), 568-573.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252000000600008&script=sci_arttext&tlng=pt

Kallitsounaki, A. y Williams, D. A. (2020 a). Relation between autism traits and gender self-concept: Evidence from explicit and implicit measures. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50, 429–439.

<http://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC6994450&blobtype=pdf>

Kallitsounaki, A. y Williams, D. (2020 b). Mentalising Moderates the Link between Autism Traits and Current Gender Dysphoric Features in Primarily Non-autistic, Cisgender Individuals. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 50, 4148–4157

<https://doi.org/10.1007/s10803-020-04478-4>

Lazaratou, H., Dikeos, D., Dioti E. y Economou, M. (2018). Gender dysphoria in adolescence: When scientific ambiguity in conceptualization becomes a political issue. *International Journal of Social Psychiatry SAGE Publications Ltd*, 511–2.

<https://doi.org/10.1177/0020764018774353>

Lehmann, K., Rosato, M., McKenna, H. y Leavey, G. (2020). Autism trait prevalence in treatment seeking adolescents and adults attending specialist gender services. *European Psychiatry*, 63(1).

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7315870/>

Mahfouda, S., Panos, C., Whitehouse, A. J., Thomas, C. S., Maybery, M., Strauss, P., Zepf, F. D., O'Donovan, A., van Hall, H. W., Saunders, L. A., Julia K Moore, J. K. y Lin, A. (2019). Mental health correlates of autism spectrum disorder in gender diverse young people: Evidence from a specialised child and adolescent gender clinic in Australia. *Journal of clinical medicine*, 8(10), 1503.

<https://researchrepository.murdoch.edu.au/id/eprint/51738/1/specialised%20child.pdf>

Martín, C. L. y Ruble, D. N. (2010). Patterns of Gender Development. *Annual review of psychology*, 61(1), 353–81.

<https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.psych.093008.100511>

May, T., Pang, K. C. y Williams, K. (2017). Brief report: sexual attraction and relationships in adolescents with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(6), 1910-1916

<https://doi.org/10.1007/s10803-017-3092-6>

McQuaid, G. A., Lee, N. R. y Wallace, G. L. (2021). Camouflaging in autism spectrum disorder: Examining the roles of sex, gender identity and diagnostic timing.

<https://doi.org/10.31234/osf.io/frbj3>

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G. y Prisma Group. (2009).

Reprint—preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Physical therapy*, 89(9), 873-880.

<https://doi.org/10.1093/ptj/89.9.873>

Murphy, J., Prentice, F., Walsh, R., Catmur, C. y Bird, G. (2020). Autism and transgender identity: implications for depression and anxiety. *Research in autism spectrum disorders*, 69, 101466.

https://ora.ox.ac.uk/objects/uuid:b690ea02-e545-461e-8601-a23e0fb67a8b/download_file?safe_filename=Autism%2Band%2Btransgender%2Bidentity.pdf&file_format=application%2Fpdf&type_of_work=Journal+article

Nobili, A., Glazebrook, C., Bouman, W. P., Glidden, D., Baron-Cohen, S., Allison, C., Smith, P. y Arcelus, J. (2018) Autistic Traits in Treatment-Seeking Transgender Adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 48, 3984–3994

<https://doi.org/10.1007/s10803-018-3557-2>

Øien, R. A., Cicchetti, D. V. y Nordahl-Hansen, A. (2018). Gender dysphoria, sexuality and autism spectrum disorders: A systematic map review. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 48(12), 4028-4037.

<https://doi.org/10.1007/s10803-018-3686-7>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1 de junio de 2021). *Trastornos del espectro autista*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>

Pecora , L. A., Hancock , G. I., Hooley , M., Demmer , D. H., Attwood , T., Mesibov , G. B. y Stokes , M. A. (2020). Gender identity, sexual orientation and adverse sexual experiences in autistic females. *Molecular autism* 11, 57.

<http://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC7353794&blobtype=pdf>

Qualls, L. R., Hartman, K. y Paulson, J. F. (2018). Broad autism phenotypic traits and the relationship to sexual orientation and sexual behavior. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(12), 3974-3983.

<https://doi.org/10.1007/s10803-018-3556-3>

Ruble, D. N., Taylor, L. J., Cyphers, L., Greulich, F. K., Lurye, L. E. y Shrout, P. E. (2007). The role of gender constancy in early gender development. *Child development*, 78(4), 1121-1136.

<https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2007.01056.x>

Ruggieri, V. L. y Arberas, C. L. (2016). Autismo en las mujeres: aspectos clínicos, neurobiológicos y genéticos. *Revista de Neurología*, 62(1), 21-26.

<https://europepmc.org/article/med/26922954>

Smith, R. S. C., Smith, R., Milne, E. y Thompson, A. R. (2020). ‘Conflict versus congruence’: A qualitative study exploring the experience of gender dysphoria for adults with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(8), 2643–2657.

<http://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC7374476&blobtype=pdf>

Stagg, S. D. y Vincent, J. (2019). Autistic traits in individuals self-defining as transgender or nonbinary. *European Psychiatry*, 61, 17–22.

https://arro.anglia.ac.uk/id/eprint/704433/6/Stagg_2019.pdf

Strang, J. (2018). Why we need to respect sexual orientation, gender diversity in autism. *Spectrum Autism Research News*. 8

<https://www.spectrumnews.org/opinion/viewpoint/need-respect-sexual-orientation-gender-diversity-autism/>

Tanweer, T., Rathbone, C. J. y Souchay, C. (2010). Autobiographical memory, auto-noetic consciousness, and identity in Asperger syndrome. *Neuropsychologia*, 48(4), 900-908.

<https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2009.11.007>

Zucker, K. J., Nabbijohn, A. N., Santarossa, A., Wood, H., Bradley, S. J., Matthews, J. y VanderLaan, D. P. (2017). Intense/obsessional interests in children with gender dysphoria: a cross-validation study using the Teacher's Report Form. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11(1), 1-8.

https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/84667/1/13034_2017_Article_189.pdf

VanderLaan, D. P., Postema, L., Wood, H., Singh, D., Fantus, S., Hyun, J., Leef, J., Bradley, S. J. y Zucker, K. J. (2015) Do Children With Gender Dysphoria Have Intense/Obsessional Interests? *The Journal of Sex Research*, 52, 2, 213-219,
<https://doi.org/10.1080/00224499.2013.860073>

van der Miesen, A. I., de Vries, A. L., Steensma, T. D. y Hartman, C. A. (2018 a). Autistic symptoms in children and adolescents with gender dysphoria. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(5), 1537-1548.
<https://doi.org/10.1007/s10803-017-3417-5>

van der Miesen, A. I. R., Hurley, H., Bal, A. M. y de Vries, A. L. C. (2018 b). Prevalence of the wish to be of the opposite gender in adolescents and adults with autism spectrum disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 47(8), 2307– 2317.
<https://doi.org/10.1007/s10508-018-1218-3s>

van Schalkwyk, G. I., Klingensmith, K. y Volkmar, F. R. (2015). Gender identity and autism spectrum disorders. *The Yale journal of biology and medicine*, 88(1), 81.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4345542/#_ffn_sectitle

Walsh, R. J., Krabbendam, L., Dewinter, J. y Begeer, S. (2018). Brief Report: Gender Identity Differences in Autistic Adults: Associations with Perceptual and Socio-cognitive Profiles. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(12), 4070–4078.
<https://doi.org/10.1007/s10803-018-3702-y>

Wood-Downie, H., Wong, B., Kovshoff, H., Cortese, S. y Hadwin, J. A. (2020). Research Review: A systematic review and meta-analysis of sex/gender differences in social interaction and communication in autistic and nonautistic children and adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.13337>