

Disforia de género y condición del espectro autista: una revisión sobre su relación.

Gender dysphoria and autistic spectrum condition: a review on their relationship.

Dr. Fernando Quiroga C.¹ ; Dra. Alessandra Lubiano A.²

Resumen. Las temáticas referentes a la identidad de género han ganado amplia atención en las últimas décadas. Desde las primeras descripciones clásicas del autismo, ha existido interés en el estudio del proceso identitario en dicha población. En este contexto, la comprensión del desarrollo psicosexual de niños, niñas y adolescentes (NNA) con condición del espectro autista (CEA) ha cobrado relevancia dada la evidencia sugere de una relación entre CEA y diversidad de género incluida disforia de género (DG). Este documento pretende realizar una revisión del tema desde una perspectiva del desarrollo. **Palabras clave:** Trastorno del espectro autista, género, disforia de género, desarrollo psicosexual.

Abstract. Issues related to gender identity have gained wide attention in recent decades. Since the first classical descriptions of autism, there has been interest in the study of the identity process in this population. In this context, the understanding of the psychosexual development of boys, girls and adolescents (NNA) with autism spectrum condition (ASC) has gained relevance given the suggestive evidence of a relationship between ASC and gender diversity (including gender dysphoria (GD) This document aims to carry out a review of the subject from a developmental perspective. **Key words:** Autism spectrum condition, gender, gender dysphoria, psychosexual development.

INTRODUCCIÓN

La OMS define la sexualidad como un elemento central del ser humano, abarcando el sexo, las identidades y roles de género, orientación sexual, el erotismo, placer, intimidad y reproducción. Durante los últimos años el conocimiento en torno a la sexualidad ha sido objeto de replanteamientos. Con el reemplazo de la antigua denominación del *trastorno de la identidad de género* por el de DG comenzó a concretarse en los manuales diagnósticos la tarea de despatologizar y reducir el estigma social del antiguo diagnóstico (1). Desde una perspectiva del desarrollo, el género es una de las categorías centrales que organiza el mundo del niño y en general se correlaciona con la etiqueta social que se le asigna al momento de nacer. Se entiende por DG a la angustia expe-

torno de la identidad de género por el de DG comenzó a concretarse en los manuales diagnósticos la tarea de despatologizar y reducir el estigma social del antiguo diagnóstico (1). Desde una perspectiva del desarrollo, el género es una de las categorías centrales que organiza el mundo del niño y en general se correlaciona con la etiqueta social que se le asigna al momento de nacer. Se entiende por DG a la angustia expe-

1. Residente Psiquiatría Adultos. Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile.

2. Psiquiatra infantil y de la adolescencia. Unidad de Psiquiatría Infantil y del Adolescente, Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile.

Correspondencia a fernando.quirogacarrasco@gmail.com

rimentada al existir una incongruencia entre la identidad de género y el sexo asignado al nacer (2).

El 2017 se estimó que un 0,7% de las personas entre 13 y 17 años (150000 adolescentes estadounidenses) se clasificaban como transgénero (3). En este contexto la discusión sobre la identidad de género en NNA ha ganado atención en Occidente marcando la pauta del debate público (4). El interés se ha expresado también dentro de la comunidad científica, promoviendo su investigación. Actualmente existe un intenso debate respecto de la aparente relación entre la DG y el CEA dada una sobrerrepresentación bidireccional (3). El objetivo del presente artículo es una revisión general respecto de esta relación, teniendo en base elementos del desarrollo psicosexual infantil normativo y los elementos propios del CEA.

MÉTODO

Se realizó una búsqueda en la base de datos Pubmed, utilizando como términos clave *“gender dysphoria”*, *“gender identity”*, *“gender diversity”*, *“sexual orientation”*, *“sexuality”*, *“psychosexual development”* *“autism spectrum disorder”*. Se excluyeron artículos no pertinentes, privilegiando aquellos comprendidos entre el año 2016 a 2020 y cuyo idioma fuera inglés o español. Se incluyeron dos publicaciones que no cumplían estos criterios (de mayor antigüedad y en idioma alemán), pero que aportaban información relevante. Se consideraron documentos se enfocaran en los aspectos más críticos del problema en cuestión seleccionándose 16 artículos originales, junto con referencias a bases de datos web y un texto clásico de la especialidad.

IDENTIDAD DE GÉNERO Y DESARROLLO

La identidad de género corresponde a la vivencia de un sujeto de sentirse parte (o no) de uno o ambos géneros. Las diferencias entre géneros están ampliamente representadas en lo biológico y lo social. La terminología que describe conceptos en relación con la sexualidad es amplia y puede llevar a confusión. En la Tabla 1 se resumen definiciones usadas dentro del vocabulario informal y de uso más bien social, pero que dominan el léxico en torno a estas temáticas.

Existe debate en determinar si la conducta sexual y la identidad de género resultan de procesos biológicos o derivan del efecto de la cultura en influencia sobre la biología (6). Se han formulado distintas teorías para explicar el desarrollo de la psicosexualidad, pero ninguna abarca todos sus aspectos. Es así como encontramos modelos biológicos (énfasis en el rol de las hormonas sexuales prenatales en las conductas sexuales dismórficas), cognitivos (desarrollo psicosexual y su relación con el proceso de organización cognitiva, formación de identidad y rol bajo la influencia de factores ambientales) y del aprendizaje social (el desarrollo psicosexual descansaría en la imitación y/o identificación con modelos del mismo sexo).

Actualmente los modelos del desarrollo explican estos patrones a través de la combinación de las distintas perspectivas conjugando lo biológico, cognitivo, cultural y experiencial (7).

Desde la infancia temprana los niños van tomando conciencia de las diferen-

Tabla 1. Términos utilizados para describir aspectos del género y sexualidad dentro de la comunidad (5).

Identidad	Concepto amplio relativo al principio organizativo del sí mismo, como una experiencia consciente de ser único, distinto al entorno y permanente en el tiempo
Identidad de género	Vivencia innata de un sujeto de sentirse hombre, mujer, ambos o ninguno
Sexo o género asignado	Aquél designado antes de nacer, en relación a los genitales o cariotipo
Expresión de género	Manera en cómo el género es expresado a los demás (no se relaciona necesariamente con la identidad de género o el sexo asignado)
Diversidad (varianza) de género	Variación de la norma cultural en la identidad, expresión o roles de género, dando cuenta de la identidad de género como un espectro
Disforia de género	Malestar y disconfort que surgen de la incongruencia entre la identidad de género y el sexo asignado
Transexual	Término obsoleto, utilizado para referirse a individuos transgénero que buscaban intervenciones medicoquirúrgicas para la confirmación de género
Orientación sexual	Patrón individual de arousal físico y emocional en donde existe una preponderancia de sentimientos eróticos, pensamientos y fantasías dirigidas a un determinado sexo
Conducta Sexual	Comportamientos específicos relacionados con actividades sexuales
Cis género	Persona cuyo sexo asignado es congruente con la identidad de género
Hombre Transgénero	Persona con una identidad de género masculina y con un sexo asignado femenino
Mujer Transgénero	Persona con una identidad de género femenina y con un sexo asignado masculino
Identidad de género no binaria	Persona con cualquier sexo asignado que posee una identidad de género que no es ni masculina ni femenina, sino que es una combinación de ambas o es <i>fluida</i>

cias físicas entre hombres y mujeres, y adquiriendo conductas de rol de género que poco a poco los hace ir identificándose como hombres o mujeres. En etapa escolar, se van afianzando los roles de género y la identificación sexual, a la vez que se va conformando un concepto de sí mismo más integrado y realista, siendo fundamental en ello la

interacción con su grupo de pares y las actividades de juego (1).

Con la adolescencia se inician las etapas finales del proceso de desarrollo de la identidad de género, momento en que también comienza a expresarse su diversidad. En esta etapa crítica los cambios a nivel corporal, hormonal

y psíquico permiten la irrupción del despertar sexual que tiñe el desarrollo adolescente, originando una serie de intereses destacando el desarrollo de la atracción erótica-sexual. Este despertar lleva a la integración de los hechos de significación sexual experimentados en la vida, conduciendo a una psicosexualidad adulta normativa. Este proceso comprende la asunción de una denominación socialmente reconocida que incluye sentimientos y conductas sexuales que expresan finalmente una interacción multifactorial. Para la mayoría de los individuos la identidad de género se alinea con la genitalidad y el género asignado, pero para otros estos elementos pueden no confluir (6).

La mayoría de las veces la identidad asumida en la adolescencia es estable y perdura por el resto de la vida (1).

1. Desarrollo psicosexual en personas con condición del espectro autista

El CEA es una variación del neurodesarrollo caracterizado por déficits en la comunicación e interacción social, asociado a conductas repetitivas, estereotipadas y/o restrictivas (3). El rango de manifestaciones clínicas es amplio y los síntomas son típicamente pesquisados dentro de los primeros años de vida (8). Los elementos del CEA influyen en el desarrollo afectivo-sexual (que engloba los intereses, conductas y conocimientos que un individuo posee en relación a los aspectos sociales, románticos y sexuales de la vida), en especial en la edad adolescente y adulta presentándose habitualmente como un desarrollo psicoafectivo más tardío (9,10). Estudios en psicosexualidad dentro de esta población presentan importantes limitaciones metodológicas: tamaños muestrales de dudosa significancia

estadística, poblaciones hiperseleccionadas, comorbilidad sexual específica, exclusión de individuos CEA que no reportan alteraciones psicosexuales y cuestionarios aplicados a padres poco concordantes con el relato de los niños. Hervas y Pont (9) atendiendo dichas observaciones, describen la influencia de elementos nucleares del CEA en el desarrollo afectivo-sexual:

A. Dificultades sociales: los problemas en iniciar y mantener una relación se hacen más patentes cuando la interacción presenta un alto componente emocional. Esto pone de manifiesto las dificultades en la reciprocidad social, metacomunicación de la seducción y comprensión de las necesidades del otro. La familiaridad excesiva en perfiles conductuales más desinhibidos puede exponerlos a situaciones incómodas, difíciles de comprender y controlar. Alteraciones en la cognición social pueden dificultar el inicio y mantención de vínculos con sus pares. Como consecuencia, las experiencias que otorgan destreza en la ritualidad del contacto sexual son menos frecuentes o inadecuadas obstruyendo la adquisición de competencias y comprensión necesarias para iniciar relaciones más íntimas (11). Esto se ha visto como un factor de riesgo de mayor estigma y victimización.

B. Intereses restrictivos: los objetos de interés pueden ser también foco de excitación sexual, lo que podría ser disruptivo cuando existe un déficit intelectual asociado.

C. Resistencia al cambio: dificultades relacionadas con cambios puberales bruscos pueden llevarlos a situaciones en donde rechazan su corporalidad y les dificultan el progreso en el desarrollo identitario y la viven-

cia de género.

D. Alteraciones sensoriales: podrían llevar al rechazo a cierto tipo de contacto físico de connotación afectivo-sexual. Algunas conductas de exploración sensorial repetitiva pueden crear situaciones sociales inadecuadas e incómodas (oler, tocar, etc.)

No está claro si las conclusiones de los estudios se relacionan con el autismo en sí mismo o con la discapacidad intelectual asociada ocasionalmente. Por otra parte, la mayoría de los trabajos se han dirigido a modelos tradicionales de relaciones afectivo-sexuales, que parecen ser menos frecuentes en población CEA (9).

DISFORIA DE GÉNERO Y CONDICION DEL ESPECTRO AUTISTA

A comienzos del 2017 K. Zucker, reconocido PhD en Psicología y director de una importante clínica de género infantil en Canadá, planteó la idea de que los niños que experimentaban síntomas compatibles con una DG muy probablemente correspondían a individuos CEA. *“Es probable que estos niños que tienen tendencia a obsesionarse y fijarse con una idea lo hagan en relación a aspectos del género”*, aseguraba. La controversia surgida por estas declaraciones alimentó una discusión que ya se venía dando en relación con la identidad de género en NNA (4).

Desde las primeras descripciones del autismo realizadas por Kanner (1943) se cuestionó si los niños CEA, que podían presentar dificultades identitarias en términos generales, serían capaces de desarrollar una identidad de género. Sin embargo, Abelson (1981) concluyó que, si bien existe una alta dependen-

cia en las habilidades cognitivas y la edad mental de los niños, éstos podían alcanzar un desarrollo identitario normal (12).

1. Epidemiología

Se estima que entre un 0,005%-0,014% de los nacidos varones y un 0,002%-0,003% de las nacidas mujeres podrían ser diagnosticados con DG según los criterios diagnósticos actuales (13). Por otra parte las prevalencias de CEA varían según la metodología y la población evaluada, estimándose que en Europa, Asia y Estados Unidos varía de 2-25 por 1000, o aproximadamente 1 de cada 500 (14).

CEA y DG generalmente se identifican de forma aislada, sin embargo, la evidencia sugiere una sobrerrepresentación de CEA en personas con DG y viceversa. Estudios de niños, adolescentes y adultos con DG han identificado síntomas sugerentes de CEA en tasas mayores a las anticipadas. De manera similar estudios con muestras de NNA referidos a clínicas especializadas en género registran una alta presencia de síntomas CEA basados en información aportada por padres (3).

En la publicación original de De Vries *et al.* (2010), se reportó una incidencia de CEA (7,8%) en una muestra de 204 niños derivados a una clínica de género de los Países Bajos para el tratamiento de DG. Esta tasa era mayor que la prevalencia en población general que ellos definían en un 0,6- 1 %. Esto, a juicio de los autores, confirmaba la impresión clínica de que el CEA se observa más frecuentemente en individuos con DG, siendo ésta relación significativa y no explicada sólo por azar (15). Sin embargo, De Vries reconocía en sus

hallazgos la variabilidad sustancial en los síntomas disfóricos dentro de los sujetos CEA lo que llevaba al diagnóstico predominante de DG-NOS, que se otorgaba cuando las conductas e intereses en el género opuesto eran inespecíficas, atípicas o *poco realistas* y por lo tanto no categóricas (13,15). Junto con eso advertía sesgos en su estudio: población hiperseleccionada, criterios diagnósticos de CEA y DG poco sensibles a manifestaciones más sutiles de dichos constructos, entre otros (15).

Un año después el grupo de Jones examinó la relación entre DG y CEA en un grupo de adultos comparando los puntajes obtenidos del cociente de espectro autista (AQ), instrumento diseñado por Simon Baron-Cohen *et al.* con el objetivo de identificar rasgos autistas en población adulta de coeficiente intelectual normal. Los hallazgos describían un mayor valor del AQ en personas con sexo asignado “femenino” que cursaban con DG comparadas con un control de mujeres *cis*. Sin embargo, en personas con sexo asignado “masculino” con DG el valor del AQ no difería de hombres *cis*. Jones sugería que esta diferencia se explicaba al alero de la Hipótesis del cerebro masculino extremo (EMB), que postula que las mujeres autistas mantienen patrones hipermasculinizados de cogniciones y conductas, teniendo como mecanismo fisiopatológico a la base una exposición precoz y exagerada a testosterona fetal (13,16). Se ha sugerido que las mujeres CEA podrían identificarse más con el género masculino, enfrentando mayores dificultades para incorporarse a las dinámicas relacionales femeninas, lo que eventualmente podría llevar en una minoría de los casos al desarrollo de DG.

Hisle-Gorman *et al.* (2019) en un estudio retrospectivo de casos-cohorte exploraron la ocurrencia de DG en una población de 48762 NNA en el rango de 2-18 años del Sistema de Salud Militar de EEUU, diagnosticados formalmente como CEA, comparándolos con controles sin trastornos del neurodesarrollo (3). Por otra parte, el diagnóstico de DG se realizó según los criterios CIE-9, incluyendo conceptos obsoletos como *transexualismo* y *trastorno de la identidad de género*. Sus hallazgos mostraron que niños diagnosticados como CEA tenían 4 veces más probabilidad que los controles de ser diagnosticados con DG.

Una de las publicaciones más recientes y completas corresponde a la revisión sistemática de Hermann *et al.* (2020) en donde se evaluó la coocurrencia de DG/diversidad de género con CEA en NNA en publicaciones del periodo 1946-2018. En 72 años 144 documentos tenían relación con la temática, pero solo 22 cumplían los criterios de inclusión (artículos originales publicados en revistas revisadas por pares y escritos en inglés o alemán). Se observó que 4,7-13,3% de los niños y adolescentes examinados en los estudios con DG/diversidad de género también tenían un diagnóstico de CEA. Por otro lado, la disconformidad de género y otros síntomas subumbrales en las muestras de niños y adolescentes con CEA estaban sobrerrepresentadas en un 4-6,5% (17).

En lo que respecta a la distribución de las frecuencias según sexo asignado, Pecora *et al.* describen diferencias en las tasas de DG y diversidad de género entre hombres y mujeres con CEA. Aunque son limitados en número, los

estudios han identificado tasas más elevadas de diversidad de género y DG en mujeres (22%) que en hombres con CEA (8%) (11).

2. Vivencia de la sexualidad en individuos CEA.

Si bien en la mayoría de los reportes los grupos evaluados que cumplían criterios CEA se definían como heterosexuales, existe también una importante proporción de ellos en que su orientación no puede ser descrita como hetero, homo o bisexual. Se ha observado que los individuos con rasgos CEA refieren de manera más frecuente disconformidad con los categorías sexuales tradicionales. Así mismo, Dewinter et al. han descrito actitudes más receptivas y tolerantes hacia orientaciones no-heterosexuales junto con posturas desafiantes de la norma cultural en términos de cómo definen aspectos de su propia identidad (18).

Tanto en población general como en individuos CEA la identificación como transgénero se asocia a altas tasas de trastornos anímicos, alimentarios y suicidio. No existe evidencia de que el riesgo de enfermedad mental sea atribuible al género, sino más bien surgiría del conflicto entre la apariencia y la identidad, la disponibilidad limitada de servicios de salud mental, el bajo acceso a proveedores de atención médica con experiencia en el cuidado de jóvenes que se identifican en la diversidad, discriminación, estigma y problemas de rechazo social (2).

En esta misma línea Rudolph et al. observaron que la presencia de rasgos autistas se asociaba a una mayor probabilidad de identificarse dentro de una minoría sexual, vivenciar su iden-

tidad de género de una forma menos integrada y una mayor tolerancia hacia la diversidad en general. Interesantemente el autor propone que los sujetos con coocurrencia CEA-DG podrían ser más “resistentes” al estigma, dada las características cognitivas propias de su condición las que trabajarían como una barrera ante la presión y crítica (18).

DISCUSIÓN

Sobrerrepresentación

El objetivo de esta revisión fue realizar una descripción general de la literatura sobre la ocurrencia común de DG / diversidad de género y CEA en niños y adolescentes.

Se incluyeron publicaciones que recopilan evidencia obtenida en distintas épocas, en donde el marco nosográfico, social y cultural varían con el tiempo. Pese a ello es posible observar consistentemente una sobrerrepresentación de elementos de ambos constructos de forma bidireccional y que es replicada en distintos paradigmas de estudio. Para algunos autores los elementos sociales y comunicacionales estarían al centro del surgimiento de ciertas *vivencias* disfóricas relacionadas con el género dado que este aspecto identitario es posiblemente uno de los constructos más fuertemente socializados en reglas implícitas, que normalmente se comprenden intuitivamente y que la mayoría sigue sin mayor noción de ello (13).

¿Qué tan sólida es la relación?

1. Dificultades Etiológicas

Clínicamente, se ha reconocido que una eventual relación DG-CEA po-

dría implicar un replanteamiento de las guías diagnósticas y de tratamiento actuales. Sin embargo, no existe evidencia sólida de una relación causal específica en dicha coocurrencia. El carácter observacional y descriptivo de la mayoría de los trabajos, sustentados en una nosografía dinámica que se replantea constantemente, obliga a tomar resguardos y consideraciones respecto de los datos obtenidos. Esta situación reside en parte en la dificultad para definir una etiología precisa que permita explicar dicha vinculación.

Al respecto dos perspectivas dominan la discusión: la biológica y la relacional. Algunos autores proponen al factor biológico como la senda común que vincula en una trayectoria única los rasgos autistas con la DG, basados en la Hipótesis EMB, que tiene evidencias mixtas no sólo en aspectos de género sino también como constructo teórico más amplio que aborda la Teoría de la Mente en su conjunto (12). Con todo, a la fecha el cómo la exposición a andrógenos parentales pudiera estar relacionado con la coocurrencia de DG-CEA permanece sin explicación y la evidencia neurobiológica de una forma extrema de cerebro masculino es poco clara (12).

Por otra parte, investigadores como Rasmussen et al. (1997) aportan una perspectiva más relacional y sugieren que la DG en CEA tendría relación con dificultades en la interacción social temprana con pares, en donde las experiencias agresivas y violentas con sujetos del mismo sexo desarrollarían sentimientos de pertenencia hacia el género opuesto del agresor.

Al igual que en la perspectiva biológica, las consideraciones relacionales se sustentan en evidencia débil.

2. Dificultades metodológicas

Un factor transversal a las publicaciones revisadas, son las observaciones metodológicas de cada modelo de estudio. El examen de los rasgos/síntomas autistas por medio de cuestionarios de tamizaje muestran una baja especificidad y/o sensibilidad y en consecuencia, pueden conducir a una alta tasa de falsos positivos o dar lugar a resultados falsos negativos y no proporcionan ninguna indicación confiable de la presencia de un diagnóstico de CEA. Las herramientas de detección registran el comportamiento social y las dificultades de comunicación, así como los comportamientos rígidos que también prevalecen en otros trastornos (17).

Esto exige interpretar los resultados a la luz de las limitaciones que pudieran presentar. Además de las muestras pequeñas y sesgadas en selección, es importante mencionar las restricciones que imponen los métodos actuales que existen para mensurar e identificar el constructo CEA y la poca acuciosidad en definir qué es realmente la DG y separarla de meras experiencias transitorias en donde se desea pertenecer al género opuesto tal vez debido a intereses atípicos propios los niños CEA o como parte de un desarrollo adolescente normal. Turban et al. da cuenta de esta situación y llama a la prudencia a la hora de sugerir que *“la identidad transgénero es el resultado de alguna condición subyacente, por ejemplo, como el CEA”* (4).

En su artículo clasifica la literatura referente al tema en dos subgrupos. El primero con trabajos que examinan la prevalencia de la variación de género en individuos CEA enfocando las críticas a los instrumentos de medición y la superficialidad del abordaje de ambas

condiciones. Por ejemplo, las preguntas presentes en instrumentos como el Child Behavior Checklist (CBCL), utilizado para examinar varianza de género en niños, consulta de forma concreta y directa “*deseos de pertenecer al otro género*” y lo puntúa como elementos discretos en “*nunca*”, “*a menudo*” y “*siempre*”. Si bien este tipo de escalas han demostrado utilidad en individuos neurotípicos con DG, no implica que estas mediciones sean específicas en diagnosticar una disforia de género de forma directa. Es decir, sería incorrecto sugerir que estos individuos son transgénero o que estén experimentando una DG sólo respaldado en una puntuación alta en cuestionarios de ese tipo, dado que preguntas de esa naturaleza no se dirigen a los elementos nucleares de la identidad de género (4). Estos ítems son particularmente problemáticos con niños en donde predomina la inflexibilidad cognitiva. Un niño CEA con sexo asignado masculino que disfruta tejer, por ejemplo, podría etiquetar esta actividad como “femenina” y por lo tanto reportar que “a veces” desea ser del sexo opuesto porque disfruta tejer (4).

El segundo grupo engloba aquellos que evalúan la tasa de síntomas autistas en jóvenes derivados a clínicas de género. Estos hallazgos han evidenciado que quienes experimentan una DG también sufren de dificultades sociales, pero que no son necesariamente diagnósticas de CEA. Puntajes elevados en cuestionarios que evalúan estos rasgos serían esperables en esta población, dada la alta incidencia de psicopatología internalizante, pero es un error plantear esto como la presencia de un trastorno del neurodesarrollo como el CEA. Las dificultades en el desempeño social pueden ser el resultado de

un amplio número de causas y no son sinónimos de un CEA.

Finalmente Turban *et al.* en consideración de estas dificultades plantea que la investigación actual no ha establecido realmente una sobrerrepresentación de DG en individuos CEA ni viceversa. Lo que sí han permitido es a visibilizar las experiencias relativas al género que exhibe esta población. Si bien pueden presentar cuadros disfóricos como cualquier otro individuo, es necesaria mayor investigación para definir si existe una relación entre ambos (4) considerando la tendencia al aislamiento de los niños con DG que podrían asimilarse a lo ocurrido en el CEA.

CONCLUSIONES

La sexualidad es foco de profundo interés científico y social. Demanda aceptar que su complejidad no es abarcada dentro de un marco binario actual.

Pese a que existen datos sugerentes de una coocurrencia, las bases teóricas y metodológicas que apoyan este hecho son frágiles y exigen un examen cuidadoso y detallado. Hasta la actualidad no existe evidencia consistente respecto de una relación categórica ni menos de una causalidad.

Por lo mismo a la fecha no existen datos categóricos que obliguen la modificación de los criterios de manejo actuales de la DG, donde la reafirmación y el respeto a la diversidad son elementos centrales.

Se hace imprescindible investigaciones futuras en muestras representativas y obtenidas de población general, que abarquen aspectos cualitativos

que den cuenta del mundo interno de las personas evaluadas y rescaten de mejor forma la descripción vivencial de la identidad de género. Además, se deben considerar diseños (estudios de cohorte) e instrumentos de medición que incluyan concepciones actualizadas acerca de la sexualidad, para así profundizar el conocimiento de un fenómeno complejo que es la identidad humana y sus distintos aspectos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Almonte C, Montt M. Desarrollo de la identidad de género y la diversidad de género. En: Psicopatología Infantil y de la Adolescencia (2019 tercera edición). Mediterráneo, pp 179-18. ISBN 978-956-220-415-6
2. Jason Rafferty J, Yogman M, Baum R, Gambin T. Ensuring Comprehensive Care and Support for Transgender and Gender Diverse Children and Adolescents. *Pediatrics* 2018; 142 (4):1-10. doi 10.1542/peds.2018-2162
3. Hisle-Gorman E, Landis C, Susi A, Schvey N. Gender Dysphoria in Children with Autism Spectrum Disorder. *LGBT Health* 2019; 6 (3): 95-100. doi 10.1089/lgbt.2018.0252
4. Turban J, van Schalkwyk G. Gender dysphoria and Autism Spectrum disorder: is the link real? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2018; 57(1): 8-11. doi 10.1016/j.jaac.2017.08.017
5. Forcier M, Olson-Kennedy J. Gender development and clinical presentation of gender diversity in children and adolescents, 2020 en <https://www.uptodate.com/contents/gender-development-and-clinical-presentation-of-gender-diversity-in-children-and-adolescents>.
6. Fisher A, Ristori J, Morelli G, Maggi M. The molecular mechanisms of sexual orientation and gender identity. *Molecular and Cellular Endocrinology*. 2017; 467:3-13. doi 10.1016/j.mce.2017.08.008.
7. Gulgoz S, Glazier J, Enright E. Similarity in transgender and cisgender children's gender development. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2019; 116 (49): 24480-24485. doi: 10.1073/pnas.1909367116
8. Augustyn M, von Hahn E. Autism spectrum disorder: Clinical features, 2020 en <https://www.uptodate.com/contents/gender-development-and-clinical-presentation-of-gender-diversity-in-children-and-adolescents>
9. Hervas A, Pont C. Desarrollo afectivo-sexual en las personas con trastornos del espectro autista. *Revista Medicina (Buenos Aires)* 2020; 80 (2): 7-11. ISSN 0025-7680.
10. Hancock G, Stokes M, Mesibov G. Socio-Sexual Functioning in Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review and Meta-Analyses of Existing Literature. *Autism Research*, 2017; 10 (11): 1823-1833. doi: 10.1002/aur.1831
11. Pecora L, Hooley M, Sperry L. Sexuality and Gender Issues in Individuals with Autism Spectrum Disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2020; 29 (3): 543-556. doi 10.1016/j.chc.2020.02.007.
12. Van Der Miesen A, Hurley H, De Vries A. Gender dysphoria and autism spectrum disorder: A narrative review. *International Review of Psychiatry*, 2016; 28 (1): 70-80. doi: 10.3109/09540261.2015.1111199.
13. George R, Stokes M. Gender identity and sexual orientation in autism spectrum disorder. *Autism*

- tism. 2018; 22(8): 970-982 doi 10.1177/1362361317714587.
14. Augustyn M, von Hahn E Autism spectrum disorder: terminology, epidemiology and pathogenesis. 2020 en <https://www.uptodate.com/contents/gender-development-and-clinical-presentation-of-gender-diversity-in-children-and-adolescents>.
15. De Vries A, Noens I, Cohen-Kettenis P, Van Berckelaer-Onnes I. Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2010; 40 (11): 930-936. doi 10.1007/s10803-010-0935-9).
16. Kung K. Autistic traits, systemising, empathising, and theory of mind in transgender and non-binary adults. *Molecular Autism*. 2020; 11 (1): 1-8. doi 10.1186/s13229-020-00378-7)
17. Herrmann L, Bindt C, Schweizer K, Micheel J, Nieder T. Autism Spectrum Disorders and Gender Dysphoria among Children and Adolescents: Systematic Review on the Co-Occurrence. *Psychiatrische Praxis*. 2020; 47 (6): 300-307. doi 10.1055/a-1148-4873.
18. Dalman C, Kosidou K. Brief Report: Sexual Orientation in Individuals with Autistic Traits: Population Based Study of 47,000 Adults in Stockholm County. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2018; 48 (2): 619-624. doi 10.1007/s10803-017-3369.