

EXPERIENCIAS DE MUJERES AUTISTAS EN EL SISTEMA DE SALUD CHILENO DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y CRIANZA TEMPRANA

Autistic Women's Experiences in the Chilean Health System During Pregnancy, Childbirth, and Early Parenting

Recibido: 8 de agosto de 2025

Aceptado: 10 de octubre de 2025

Publicado: 30 de diciembre de 2025

✍ **Katalina Ríos Melipil**
Universidad de la Frontera (UFRO)
Temuco, Chile
Email: k.rios04@ufromail.cl
0009-0004-5208-8611


✍ **María Paz Sáez Soto**
Universidad de la Frontera (UFRO)
Temuco, Chile
Email: m.saez21@ufromail.cl
0009-0001-7151-1700


Artículo científico. Este artículo proviene de los resultados de una investigación de grado para obtener el título de terapeuta ocupacional en la Universidad de La Frontera, Temuco, Chile. Fue producido colectivamente y es un artículo de investigación original.

Cómo citar: Ríos, K., Sáez, M., Salazar, M., Espinoza, T., & Lapierre, M. (2025). Experiencias de mujeres autistas en el sistema de salud chileno durante el embarazo, parto y crianza temprana. *Palimpsesto*, 15(27), 135-145. <https://doi.org/10.35588/wq9ahb60>



RESUMEN

La maternidad en mujeres autistas ha sido poco estudiada, debido a prejuicios y estigmas que deslegitiman su ejercicio. Este estudio analizó la experiencia de 12 mujeres en Chile, sus percepciones sobre el sistema de salud durante el embarazo y los primeros dos años de crianza. Se identificaron múltiples barreras en el sistema de salud, como el trato inadecuado del personal, violencia, falta de acompañamiento, entornos poco amigables, discriminación y ausencia de ajustes razonables. Hubo experiencias positivas aisladas. Las madres enmascararon su autismo y normalizaron prácticas inapropiadas y violentas. Es urgente capacitar equipos de salud, generar orientaciones técnicas y aplicar la normativa vigente para que el derecho a la maternidad en mujeres autistas, esté garantizado y sea apoyado por el sistema de salud.

ABSTRACT

Motherhood among autistic women has been little studied due to prejudices and stigmas that delegitimize their experience. This study analyzed the experiences of 12 women in Chile, their perceptions of the healthcare system during pregnancy and the first two years of parenting. Multiple barriers were identified in the healthcare system: inappropriate treatment by staff, violence, lack of support, unfriendly environments, discrimination, and absence of reasonable accommodations. There were isolated positive experiences. Mothers masked their autism and normalized inappropriate and violent practices. It is urgent to train health teams, generate technical guidelines, and apply current regulations so that the right to motherhood for autistic women is guaranteed and supported by the healthcare system.

➤ **María Jesús Salazar Leal**
Universidad de la Frontera (UFRO)
Temuco, Chile
Email: m.salazar18@ufromail.cl
0009-0004-9113-8028
ORCID

➤ **Tamara Espinoza Fernández**
Universidad de la Frontera (UFRO)
Temuco, Chile
Email: tamara.espinoza@ufrontera.cl
0009-0006-5894-7725
ORCID

➤ **Michelle Lapierre Acevedo**
Universidad de la Frontera (UFRO)
Temuco, Chile
Email: michelle.lapierre@ufrontera.cl
0000-0003-1318-207X
ORCID

■ [Palabras claves] Autismo, maternidad, sistema de salud, profesionales de la salud.

■ [Key Words] Autism, motherhood, health system, healthcare professionals.

Introducción

En Chile, la Encuesta Nacional de Discapacidad y Dependencia (ENDIDE) de 2022, reveló que 44.594 personas mayores de 18 años presentan autismo (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2023). La proporción entre hombres y mujeres es de 3,8 a 1, una diferencia que se explica, en parte, porque las mujeres autistas suelen mostrar una mayor capacidad de adaptación al entorno, desarrollar habilidades sociales más complejas y utilizar estrategias de enmascaramiento para ocultar sus síntomas. Estas características contribuyen a que sus diagnósticos sean, en muchos casos, más tardíos (Hull *et al.*, 2020; Ruggieri, 2024).

El proceso de maternidad para las mujeres autistas implica una serie de desafíos significativos. Partiendo por el embarazo, se enfrentan a obstáculos como el acceso limitado a la atención médica, la coexistencia de condiciones de salud crónicas, mayor angustia psicológica prenatal y un riesgo elevado de complicaciones (Hampton *et al.*, 2021). Seguidamente, en el parto, los entornos hospitalarios suelen generar dificultades sensoriales que afectan a las madres, tales como la sensibilidad a la iluminación, los ruidos ambientales y las voces de otras madres en trabajo de parto (Hampton *et al.*, 2021; Gardner *et al.*, 2016). Luego, en el posparto, un desafío frecuente son las complejidades asociadas a la lactancia (Grant *et al.*, 2022). Asimismo, muchas madres autistas enfrentan barreras adicionales para recibir atención médica adecuada, agravadas por prejuicios y estigmas vinculados a su diagnóstico (Treweek *et al.*, 2018). Finalmente, durante la crianza, deben afrontar nuevos retos al intentar integrarse en entornos sociales grupales (Libster *et al.*, 2024).

Los Derechos Sexuales y Reproductivos (DDSSyRR) de las personas con discapacidad, continúan siendo invisibilizados, a pesar de los avances formales en su reconocimiento dentro de las políticas públicas. Esta invisibilización se traduce en vulneraciones persistentes, especialmente hacia las mujeres con discapacidad, quienes suelen ser excluidas del ejercicio pleno de su derecho a maternar. Esto ocurre porque, a menudo, son representadas socialmente como personas dependientes, pasivas, asexuadas y únicamente receptoras de cuidados, lo que refuerza su marginación en el ámbito de la sexualidad y la reproducción (Rodríguez Chaves *et al.*, 2024). Así, la maternidad de las mujeres con discapacidad en América Latina sigue siendo objeto de prejuicios, barreras y violencias que restringen o impiden el ejercicio de este derecho. Estas formas de exclusión se manifiestan en distintos espacios, ya sea institucionales, públicos, familiares y domésticos, a través de discursos y prácticas que condicionan sus decisiones reproductivas y limitan sus posibilidades de vivir una maternidad plena. Además, muchas de estas creencias estigmatizantes son reproducidas dentro del entorno social y familiar, lo que repercute directamente en la falta de apoyo y en la escasa construcción de redes que acompañen las tareas de cuidado y crianza.

La adopción de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) en 2006, representó

un punto de inflexión al reconocer estos derechos como parte integral del marco de los derechos humanos. El artículo 23 de la Convención, establece de forma explícita la obligación de los Estados de respetar y garantizar el derecho de todas las personas con discapacidad, a decidir libremente sobre su vida familiar, incluyendo la maternidad y la paternidad, así como, a conservar la custodia de sus hijos e hijas y ejercer su crianza en igualdad de condiciones. Este instrumento internacional ha permitido resignificar las demandas en torno a la discapacidad y la reproducción, desplazando miradas individualizantes, eugenésicas y medicalizantes, y promoviendo un enfoque centrado en la dignidad, la autonomía y la inclusión. No obstante, la plena efectivización de estos derechos continúa siendo una deuda pendiente, especialmente en América Latina, donde persisten barreras estructurales, sociales e institucionales que restringen el ejercicio de la maternidad y la paternidad, por parte de las personas con discapacidad (Ferrante & Tiseyra, 2024). En Chile, recientemente se ha desarrollado la Política Nacional de Salud Inclusiva, que busca generar un marco normativo y procedimental para garantizar y orientar una atención inclusiva a las personas con discapacidad en toda la red asistencial (Ministerio de Salud, 2024).

A pesar de los avances discursivos en torno a la inclusión, las experiencias de las mujeres autistas en el proceso de maternidad, evidencian la necesidad urgente de un enfoque integral que contemple sus especificidades y garantice su plena inclusión en el sistema de salud y en la sociedad, en todas las etapas del ciclo materno. Como señala Donovan (2020), las madres autistas continúan enfrentando desafíos significativos en la atención médica, entre ellos, dificultades para comunicar sus necesidades a los profesionales de la salud, para interpretar adecuadamente las indicaciones recibidas, así como, una percepción generalizada de los entornos médicos como hostiles, y de los proveedores de atención, como figuras poco confiables o inseguras.

La Ley N° 21.545 (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2023) reafirma el compromiso estatal de garantizar la inclusión, la atención integral y la protección de los derechos de las personas autistas en salud, educación y vida social. Esta normativa resalta la necesidad de la capacitación constante de profesionales de la salud, desde una perspectiva de derechos humanos y género, asegurando el acceso oportuno a servicios adaptados a las particularidades de las personas autistas a lo largo de su vida (Artículos 7, 10, 14 y 15). No obstante, persisten múltiples desafíos, como la falta de medidas estatales específicas que visibilicen estos derechos y garanticen apoyos adecuados; ambigüedades en las políticas, incluyendo la vigencia de normativas patologizantes; la escasa presencia del tema en las agendas activistas latinoamericanas; la carencia de datos estadísticos oficiales; y la insuficiente formación de profesionales de la salud y la justicia en enfoques sociales de la discapacidad. La inclusión es, por tanto, un elemento esencial para que las madres autistas sean respetadas y valoradas en todos los contextos sociales, mejorando su experiencia en la atención

médica y promoviendo su autonomía e independencia (Villacís Ganchozo, 2019).

En esta investigación, escuchar y dar protagonismo a las madres autistas, es fundamental para comprender de manera integral sus necesidades y asegurar una atención digna y respetuosa. Considerar esas voces y experiencias resulta imprescindible para diseñar estrategias transversales y fortalecer la formación de los profesionales que intervienen en estos ámbitos. Contribuir a ello es el propósito final de esta investigación.

Método

El estudio se enmarca en una metodología cualitativa y un paradigma interpretativo, con el fin de comprender los sucesos tal como acontecen en su ambiente natural (Hernández Sampieri *et al.*, 2014). Se usó un diseño fenomenológico para analizar vivencias desde la perspectiva

de cada persona. Este tipo de diseño permite captar los significados atribuidos por las entrevistadas a sus experiencias, considerando los fenómenos tal como ocurren en su entorno natural y desde su propia perspectiva (Fuster, 2019).

La selección de las participantes se realizó bajo los siguientes criterios de inclusión: ser mujer adulta con diagnóstico del espectro autista, que hayan sido madres en los últimos 10 años, que se hayan atendido en un servicio de salud (público o privado), y que hayan aceptado participar voluntariamente en la investigación. El muestreo se realizó por autoselección, tras convocatoria a través de afiches de internet y bola de nieve, y que se atendían a distintos niveles de atención en salud y dispositivos de la red pública. La muestra fue un total de 12 personas, entre los 23 y 44 años de edad, habitantes de zonas urbanas de distintas ciudades de Chile, predominando el diagnóstico tardío de autismo (ver tabla 1 con caracterización de la muestra).

Tabla 1.
Caracterización de la muestra

ID	Edad	En qué momento fue el diagnóstico de autismo	Sistema de salud principal (privada y/o pública) durante la maternidad	Tipo de parto	Nº de hijos y edad al momento de la entrevista	Lugar de residencia
1	32	Durante la crianza de su hijo	Ambos	Normal	Hijo 1: 5 años	Temuco
2	37	Durante la crianza del hijo 2	Ambos	Cesárea	Hijo 1: 6 años Hijo 2: 4 meses	Temuco
3	44	Durante la crianza del hijo 3	Público	Cesárea	Hijo 1: 23 años Hijo 2: 17 años Hijo 3: 10 años	Temuco
4	28	Durante la crianza de su hijo	Privado	Cesárea	Hijo 1: 7 años	Victoria
5	29	Durante la crianza de su hijo	Público	Normal	Hijo 1: 5 años	Metrengo
6	30	Durante la crianza del hijo 2	Privado	Cesárea	Hijo 1: 10 años Hijo: 5 años	Santiago
7	36	Durante la crianza del hijo 2	Público	Cesárea	Hijo 1: 13 años Hijo 2: 6 años	Til Til
8	23	Durante la gestación del hijo 2	Ambos	Cesárea	Hijo 1: 7 años Hijo 2: 1 año 8 meses	Santiago
9	37	Durante el embarazo del hijo 1	Ambos	Cesárea	Hijo 1: 7 años Hijo 2: 20 meses	Castro
10	35	Antes de ser madre	Público	Normal	Hijo 1: 10 años Hijo 2: Embarazo de 35 semanas	Puerto Montt
11	35	Durante la crianza de su hijo	Público	Cesárea	Hijo 1: 3 años	Concepción
12	34	Durante la Crianza de su hijo	Ambos	Cesárea	Hijo 1: 4 años	Santiago

Fuente: elaboración propia

En cuanto a los aspectos éticos, todas las participantes firmaron un consentimiento informado que sigue los lineamientos del Comité de Ética de la Universidad de La Frontera; se aseguró la confidencialidad de los datos, y los ajustes razonables, para una participación justa.

La recolección de datos se llevó a cabo mediante entrevistas semiestructuradas, en profundidad, y el guion de esta se organizó temporalmente para facilitar la conversación: embarazo, parto y crianza. La entrevista fue evaluada por dos expertas y pasó por una etapa de pilotaje. Las entrevistas fueron individuales, priorizando el bienestar y la comodidad de las mujeres diagnosticadas dentro del espectro autista, y se aplicaron ajustes razonables cuando fue necesario. En cada una de ellas, al menos dos investigadoras estuvieron presentes para garantizar la calidad y fiabilidad de la información recabada. Las entrevistadoras eran parte del equipo de investigación y no tenían ninguna relación con las entrevistadas ni con los dispositivos de salud en los cuales se atendían. En cuanto a la temporalidad, las entrevistas se realizaron entre agosto y diciembre de 2024, con una duración de 1-2 horas cada una. Las mujeres fueron entrevistadas una o dos veces, según necesidad.

Las entrevistas se realizaron de manera virtual (5), o presencial (7), según necesidad de estas y posibilidad de agenda.

Finalmente, se procedió con la transcripción de los audios obtenidos de las entrevistas, lo que permitió un análisis temático para identificar, analizar y reportar patrones de la información recolectada (Escudero, 2020), además de organizar y describir en detalle las experiencias de las madres.

Resultados

Este apartado presenta los hallazgos del análisis de las percepciones de 12 madres diagnosticadas dentro del espectro autista, sobre su experiencia en el sistema de salud chileno durante su proceso de maternidad, desde el embarazo hasta los primeros dos años de crianza. A partir de la codificación y análisis temático, emergieron tres grandes ejes: desafíos en la inclusión y calidad de la atención, impacto del diagnóstico tardío y presencia de estereotipos, y factores facilitadores y estrategias de afrontamiento. A continuación, se presenta una tabla resumen de los resultados (tabla 2), y, posteriormente, se detallan aspectos más relevantes, con sus citas:

Tabla 2.
Resumen de los resultados

Eje temático	Categorías	Descripción breve
Desafíos en la inclusión y calidad de la atención	Falta de acompañamiento	Ausencia de apoyo continuo durante el parto, generando soledad y desprotección.
	Baja calidad de la atención	Largos tiempos de espera que provocan cansancio, ansiedad y crisis sensoriales. Escasas explicaciones, ausencia de anticipación y trato impersonal.
	Trato deshumanizado y violencia ginecológica	Procedimientos sin consentimiento informado y amenazas verbales. Invalidación de sensaciones físicas y emocionales, comentarios despectivos.
	Ambiente desfavorable	Ruidos, olores, iluminación intensa y falta de privacidad que generan incomodidad y estrés.
Impacto del diagnóstico tardío y presencia de estereotipos	Diagnóstico tardío de autismo	Falta de autoconocimiento sensorial y dificultades para anticipar sobrecargas.
	Ser madre autista en la crianza	Prejuicios sobre la capacidad parental y atribución de dificultades del hijo al diagnóstico materno.
	Estereotipo de género	Expectativas rígidas (p. ej., lactancia exclusiva) sin considerar necesidades particulares.
Factores facilitadores y estrategias de afrontamiento	Acompañamiento favorecedor	Presencia de personas significativas que brindan seguridad y calma. Gestos de contención y ajustes simples que mejoran la experiencia, por parte de los profesionales.
	Buena comunicación con personal de salud	Información clara, sin tecnicismos y con recursos visuales.
	Ambiente favorecedor	Entornos adaptados (luces reguladas, acceso a jardines) que facilitan la regulación sensorial.
	Uso de estrategias de afrontamiento	Recursos personales para adaptarse a entornos poco accesibles.

Fuente: elaboración propia

A continuación, se revelan detalles por cada categoría y se acompañan con citas de las participantes:

1. Desafíos en la inclusión y calidad de la atención

Las percepciones de las participantes revelaron la existencia de múltiples barreras que afectaron su inclusión y la calidad de la atención recibida. Estas abarcaron aspectos estructurales, comunicativos y actitudinales, así como, condiciones ambientales adversas. Estas fueron:

1.1. Falta de acompañamiento.

Algunas participantes señalaron haber atravesado el parto sin acompañamiento en los dispositivos de salud, lo que generó sentimientos de soledad y desprotección. Esta ausencia se asoció a protocolos o decisiones institucionales.

El acompañamiento intrabox, y yo me quedaba sola, y a veces no sabía cómo explicarlo, o cómo decir las cosas (...) me costó demasiado (...) esos cuatro días sola sin posibilidad de acompañamiento, fue un obstaculizador bien importante en esa área. (P11)

1.2. Baja calidad de la atención: este tema fue recurrente y se manifestó en dos dimensiones:

- **Excesivo tiempo de espera:** algunas participantes lo consideraron una fuente de cansancio, desesperación y, en algunos casos, crisis sensoriales.
- **Falta de comunicación profesional:** la mayoría de las mujeres describieron deficiencias en la explicación de procedimientos, escasa anticipación y trato impersonal.

A uno ni siquiera le hablan, no se presentan, uno no tiene idea quién es doctor (...) quién es matrona. (P3)

Entonces, yo trataba de aguantar eso y no ponerme a pelear con la gente, y no ponerme a gritar o tirar cosas, desesperarme. Además, que las esperas, también, de atención en el hospital, son muy largas, entonces, eso también me generaba mucho cansancio y desesperación y casi crisis. (P7)

O sea, bueno, como les decía, vomité mientras estaba pariendo, vomité siete veces, si me hubieran contenido un poco más al respecto, a que si era normal, o lo que yo estuviera vomitando, me hubiera sentido más tranquila porque no le dieron mucha importancia a eso de nuevo, porque yo estaba, así como con contracción y vomitada, y yo en ese momento, yo pensaba que eso era grave po', que era como terrible lo que estaba pasándome, igual estaba asustada en este momento, tuve susto. (P5)

1.3. Trato deshumanizado y violencia ginecológica.

La mayoría de las participantes relataron experiencias de maltrato que incluyeron procedimientos sin consentimiento informado, amenazas y comentarios despectivos.

A mí me hicieron un tajo, pero a mí no me preguntaron ni explicaron, solo que de repente 'se está demorando mucho', y yo me enteré porque después me dejó a la practicante cosiéndome (...) Entonces yo ahí recién me enteré que me habían tajeado, porque yo no sentía nada. (P1)

Cuando saben que tú tienes la condición te tratan como si fueras

tonta, a veces eso es lo que siento, ya, entonces, eh, o sea, es complicado igual. (P6)

Además, algunas participantes reportaron cuestionamiento del dolor, invalidando sus experiencias físicas y emocionales, y como se evidencia en la siguiente cita, mezclado con violencia en el trato y asociaciones al género:

A veces me hacían tacto y yo le decía: "ay, me duele", y me decían: ¡Ah, pero son dos dedos no ma', es más chico que un pene. (P3)

1.4. Ambiente desfavorable.

La mayoría de las mujeres identificaron condiciones ambientales adversas, tales como ruidos, olores intensos, iluminación fuerte, falta de privacidad, que incrementaron el estrés y la incomodidad durante la atención.

(...) la música en 10, la luz en 10, las voces de los médicos en 10, todo en 10. (P8)

En conjunto, estas experiencias reflejan cómo las estructuras y prácticas cotidianas del sistema de salud, reproducen desigualdades cuando no contemplan las necesidades específicas de las mujeres autistas. La ausencia de acompañamiento, los tiempos de espera excesivos, la comunicación deficiente y los ambientes sensorialmente hostiles, evidencian una atención que prioriza la rutina institucional por sobre el bienestar de las usuarias. Las narrativas revelan que el trato recibido no solo fue insuficiente en términos técnicos, sino también, emocionalmente lesivo, generando inseguridad, ansiedad y una sensación persistente de desprotección.

Este cúmulo de barreras genera un impacto subjetivo profundo: las participantes internalizan que deben adaptarse al entorno sanitario, regulando sus emociones o enmascarando sus reacciones para no ser percibidas como problemáticas. Así, la responsabilidad de la inclusión se desplaza hacia ellas, mientras el sistema permanece inmutable. La falta de ajustes razonables y la violencia simbólica en la atención, se convierten, entonces, en experiencias estructurales que marcan negativamente su relación con los servicios de salud y su vivencia de la maternidad.

2. Impacto del diagnóstico tardío y presencia de estereotipos

Además de las barreras estructurales y relacionales, las participantes identificaron el papel determinante del momento en que ocurrió el diagnóstico del autismo, y de ciertos prejuicios en relación con su experiencia materna.

2.1. Diagnóstico tardío de autismo.

En algunos casos, las mujeres consideraron que la ausencia de un diagnóstico previo a la maternidad, dificultó la comprensión de su perfil sensorial y la anticipación a sobrecargas.

Yo me hubiera anticipado a muchas cosas. Hubiese conocido mi perfil sensorial y creo que hubiese podido evitar la excesiva sobreestimulación que tuve el primer año de maternidad. (P12)

2.2. Ser madre autista en la crianza.

Algunas participantes enfrentaron prejuicios sobre su capacidad parental, que incluyeron la atribución de dificultades de desarrollo de sus hijos a su diagnóstico, y la negación de derivaciones médicas.

Me pasó que cuando mi hijo ya empieza a crecer alrededor del año y medio dos años, y tenía un desarrollo más bajo, lo envían a la sala de estimulación del consultorio y lo veía una fonoaudióloga...; y un día, finalmente un día, me dice que lo va a dar de alta y me dio un discurso muy grande, pero lo que recuerdo era que el niño no hablaba por culpa mía...y yo lloraba, lloraba. Y bueno, no fui capaz de decirle nada. Yo tampoco sabía que mi hijo era autista. Y eso fue muy traumante, que me dijera eso. (P3)

Hubo una situación del control de niño sano de mi hija el año pasado (...), en ese entonces con sospecha de autismo, y yo ya estaba con el diagnóstico confirmado. Yo le dije al enfermero, que le hizo el control de niño sano, para ver si era posible hacer como una interconsulta, entonces ahí fue como que “no porque tú seas autista (...) la niña también va a ser autista, tú quieres que la niña sea autista” fue como esa situación, y él, de hecho, se negó a hacer la interconsulta. (P7)

2.3. Estereotipo de género.

Algunas mujeres identificaron expectativas rígidas sobre la maternidad y el rol de mujer, como, por ejemplo, la lactancia materna exclusiva, sin que se consideraran sus necesidades particulares o alternativas viables.

Sienten que una es el problema y siempre una es el problema (...), nunca puede haber otro factor. (P1)

Los relatos de las participantes muestran que el diagnóstico tardío no solo afectó el acceso oportuno a apoyos, sino también, la comprensión de sí mismas en un momento tan importante como es la maternidad. La falta de información sobre sus perfiles sensoriales o características emocionales, incrementó la vulnerabilidad ante la sobrecarga del embarazo, parto y crianza, generando sentimientos de culpa y autodesconfianza. Al mismo tiempo, los prejuicios profesionales y sociales que cuestionaron su capacidad de matinar, reforzaron esa inseguridad. Las mujeres se enfrentaron a un doble estigma, por ser autistas y por no cumplir con el ideal normativo de la madre abnegada, paciente y autosuficiente. Estas tensiones impactaron en su salud mental y en la forma en que se relacionaron con los servicios de salud, donde muchas optaron por el silencio o la evitación como mecanismos de autoprotección. De esta manera, la invisibilidad diagnóstica y los estereotipos de género se entrelazan, reproduciendo desigualdades que no solo obstaculizan la atención médica, sino también, el reconocimiento pleno de sus experiencias maternas.

3. Factores facilitadores y estrategias de afrontamiento

Pese a las barreras señaladas, las participantes también identificaron elementos que favorecieron su experiencia, así como, recursos personales desarrollados para adaptarse a las

exigencias del sistema.

3.1. Acompañamiento favorecedor

- **Familiar:** varias mujeres destacaron la presencia de familiares durante el parto como fuente de seguridad y calma.
- **Profesional empático:** gestos, como ofrecer la mano o ajustar la iluminación, fueron valorados como actos significativos de cuidado.

3.2. Buena comunicación con personal de salud.

La mayoría de las participantes señalaron algunas interacciones en las que recibieron información clara, sin tecnicismos, y con recursos visuales para apoyar la comprensión.

3.3. Ambiente favorecedor.

Algunas mujeres experimentaron entornos adaptados, como boxes con luces apagadas o acceso a jardines, que facilitaron la regulación sensorial y la participación activa.

3.4. Uso de estrategias de afrontamiento.

Bastantes participantes implementaron recursos como el enmascaramiento, la compensación o la búsqueda autónoma de información para mitigar el impacto de entornos poco accesibles.

Ya sabes llevar los audífonos, ya sabes qué tienes que hacer para no desreglarte o agotarte más. (P2)

Aun en contextos adversos, las participantes desplegaron múltiples estrategias para sostener sus maternidades, muchas de ellas basadas en recursos personales, intuiciones y apoyos afectivos. El acompañamiento familiar y los gestos empáticos del personal de salud se vivieron como experiencias transformadoras, que validaban sus emociones y reducían el estrés de la atención médica. Las pequeñas adaptaciones, como el control de la luz o la claridad en la comunicación, tuvieron un valor simbólico y práctico que permitió a las mujeres sentirse vistas y comprendidas.

Sin embargo, la mayoría de las estrategias de afrontamiento recayeron en las propias madres, quienes debieron anticipar, controlar o compensar las carencias del sistema para evitar crisis o malentendidos. Esto refleja una sobrecarga emocional que, aunque muestra resiliencia, también evidencia la falta de corresponsabilidad institucional en la inclusión. La experiencia de las madres autistas demuestra que la atención respetuosa y accesible no depende únicamente de recursos materiales, sino de prácticas relacionales capaces de reconocer la diversidad y otorgar agencia a las usuarias dentro de su proceso de maternidad.

En síntesis, los resultados evidencian que la experiencia de maternidad de las mujeres autistas en el sistema de salud chileno está atravesada por barreras estructurales, estigmas y violencias, pero también, por formas de resistencia y agencia que emergen en los márgenes de un sistema poco preparado para la neurodiversidad. Las narrativas permiten comprender que las dificultades vividas no se explican únicamente por características individuales, sino por un entramado institucional y cultural que define qué maternidades son valoradas y cuáles son cuestionadas. Al mismo tiempo, las experiencias de cuidado empático, las

adaptaciones sensoriales y los apoyos afectivos muestran que es posible construir prácticas sanitarias más respetuosas y accesibles. En el apartado siguiente se discuten estas tensiones, relacionando los hallazgos con las condiciones estructurales del sistema de salud, los estereotipos de género y las oportunidades de transformación hacia una atención inclusiva y libre de capacitismo.

Discusión

Este estudio exploró las experiencias de madres autistas en el sistema de salud chileno durante su maternidad, revelando un entramado de barreras estructurales, actitudinales y sensoriales, así como la presencia de factores facilitadores y estrategias de afrontamiento. La discusión se organiza en torno a tres ejes temáticos: desafíos en la inclusión y calidad de atención, impacto del diagnóstico tardío y los estereotipos, y factores facilitadores y estrategias de afrontamiento.

Desafíos en la inclusión y calidad de atención: barreras estructurales, comunicacionales y sensoriales

Como se evidenció en los resultados, las participantes describieron una experiencia difícil en el sistema de salud y numerosas situaciones complejas, tales como una falta significativa de acompañamiento, tiempos de espera excesivos y una comunicación profesional deficiente, elementos que comprometen la comprensión, la adherencia y el bienestar emocional de las usuarias. Estos resultados coinciden con investigaciones generales sobre el sistema de salud, que señalan una persistente insatisfacción con este, especialmente en el sector público, donde la capacidad de respuesta y la infraestructura son determinantes en la valoración de la atención y la sobrecarga asistencial (Aravena & Inostroza, 2015). Esta realidad se agudiza en el caso de la atención a personas con discapacidad (Rodríguez Gatta *et al.*, 2024) y, particularmente, a personas autistas (García *et al.*, 2022).

Además, el sistema de salud está acostumbrado a que las personas con discapacidad sean usuarios del sistema, en tanto pacientes, y no que interactúen con él en su rol de cuidadores de otros. La investigación de Herrera *et al.* (2024), quienes analizaron las interacciones entre madres y padres con discapacidad y el sistema médico en Chile, mostró cómo la autoridad sanitaria opera desde lógicas de control y desconfianza hacia madres y padres con discapacidad, a quienes se les niega reconocimiento como sujetos competentes y autónomos, en su rol de padres y madres. Esta lectura permite profundizar en los hallazgos del presente estudio, donde las mujeres autistas vivieron un trato paternalista, infantilizante y desautorizador, que limitó su capacidad de decisión y reforzó jerarquías institucionales en la atención de salud. En ambos casos, la práctica clínica reproduce relaciones de poder que subordinan las voces de quienes deberían ser consideradas protagonistas de su propio proceso de maternidad.

Investigaciones como la de Compte-Pujol *et al.* (2020) han señalado que la entrega de información en el sistema de salud, además de ser clara y oportuna, debe ser accesible para garantizar la seguridad y la toma de decisiones informadas. En el caso de las madres autistas, es fundamental incorporar

medidas de accesibilidad especializada y ajustes razonables, elementos ya precisados por marcos internacionales como la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Naciones Unidas, 2006) y, a nivel nacional, por la reciente Política de Salud Inclusiva (Ministerio de Salud, 2024). La falta de ajustes razonables en la atención sanitaria no solo constituye una barrera operativa, sino que perpetúa inequidades estructurales y reproduce un modelo médico hegemónico que invisibiliza las necesidades particulares de las personas con discapacidad. La existencia de estas barreras es una manifestación de violencia estructural, ya que impide el ejercicio pleno de derechos en contextos donde el acceso universal está normativamente garantizado, pero no materializado (Rodríguez Gatta *et al.*, 2024).

Un hallazgo particularmente grave fue el trato deshumanizado y la violencia ginecológica, expresados en procedimientos sin consentimiento informado, comentarios despectivos e infantilizantes, y cuestionamientos de la experiencia personal del dolor. Esto coincide con la literatura que documenta la violencia obstétrica como una forma de violencia de género con consecuencias emocionales y físicas para las mujeres que tienen algún tipo de discapacidad o neurodivergencia (Contreras Pacheco & Casadiego, 2022; Rodríguez-Garrido, 2023; Yupanqui-Concha *et al.*, 2022). Las mujeres con discapacidad, incluidas las madres autistas, son especialmente vulnerables ante el modelo paternalista en la relación médico-paciente, que limita el diálogo simétrico y la expresión libre de inquietudes (Compte-Pujol *et al.*, 2020; García *et al.*, 2022). En este sentido, Leiva (2022) enfatiza que la intersección entre género y discapacidad amplifica la exposición a violencias en entornos sanitarios, lo que exige un enfoque interseccional en la formación de profesionales de la salud.

Otro obstáculo clave fue el ambiente físico y sensorial desfavorable, caracterizado por ruidos, olores y luces intensas, así como, por la falta de privacidad. Estos factores, relevantes para cualquier paciente, se agravan en personas autistas debido a su mayor sensibilidad sensorial (Donovan, 2020; Gardner *et al.*, 2016). La ausencia de entornos adaptados contrasta con las recomendaciones del parto humanizado, que promueven condiciones seguras y de apoyo (Contreras Pérez *et al.*, 2023). Para las personas autistas, la sobrecarga sensorial en entornos clínicos puede, no solo generar incomodidad, sino también, impedir la participación efectiva en la toma de decisiones.

Cabe destacar que, si bien todas las participantes son usuarias del sistema público, recibieron su diagnóstico en el sistema privado, lo que refleja inequidades en el acceso diagnóstico entre sectores, y coincide con lo señalado por Goyenechea (2019) sobre las barreras estructurales del sistema público, las cuales se agudizan al interseccionar con género y discapacidad.

Impacto del diagnóstico tardío y presencia de estereotipos: entre la invisibilidad y el prejuicio

El diagnóstico tardío de autismo fue un elemento transversal en las narrativas de las participantes. La literatura documenta que, en mujeres, el autismo suele pasar

desapercibido por el peso de estereotipos de género que modelan la percepción de los comportamientos (Augusto Della Torre, 2021; Bargiela *et al.*, 2016). El uso del camuflaje o enmascaramiento, si bien es una estrategia que facilita la adaptación social, dificulta la detección temprana (Augusto Della Torre, 2021; Gutiérrez Zubia & Carrillo Saucedo, 2023). Esta situación se agrava por la falta de instrumentos diagnósticos validados para mujeres y por la escasez de profesionales con formación específica en autismo femenino (Sedeño Manjarrez, 2024). La consecuencia es una carencia de autocomprensión que limita la anticipación y manejo de sobrecargas sensoriales, afectando la experiencia de maternidad (Augusto Della Torre, 2021; Gutiérrez Zubia & Carrillo Saucedo, 2023). Esta invisibilidad diagnóstica se enmarca en sesgos epistemológicos que continúan priorizando modelos masculinos del espectro autista, excluyendo sistemáticamente a las mujeres y personas no binarias de un diagnóstico temprano y adecuado.

La literatura ha reportado que las personas autistas enfrentan barreras adicionales para recibir atención médica adecuada debido a los prejuicios y estigmas vinculados a su diagnóstico (Treweek *et al.*, 2018). En esta investigación, los estereotipos vinculados a la maternidad y al autismo también influyeron en la vivencia de las participantes, quienes se enfrentaron a prejuicios que cuestionaban su capacidad parental. En los relatos se evidenciaron narrativas profesionales muy violentas que cuestionaban su maternidad. Revisiones como la de Ferrante y Tiseyra (2022), han señalado que “la maternidad de las mujeres con discapacidad latinoamericanas es objeto de persistentes prejuicios, barreras y violencias que niegan u obstaculizan el ejercicio de este derecho” (p. 2416). La falta de educación social sobre neurodiversidad y diversidad humana mantiene la discriminación activa, reforzada por medios de comunicación que enfatizan déficits por sobre capacidades (Holton *et al.*, 2014). Este tipo de sesgos y prejuicios no solo afectan la calidad del cuidado recibido, sino que también, repercute en la disposición de las mujeres a buscar atención, reduciendo su acceso y continuidad en los servicios.

También en un contexto chileno, la investigación de Herrera (2022) muestra que madres y padres con discapacidad se enfrentan a una vulnerabilidad estructural, producida por la falta de apoyos, el escrutinio social y la constante evaluación de su capacidad parental. Esta situación también aparece en las experiencias de las mujeres autistas de nuestra investigación, quienes relatan la necesidad de autorregularse y anticipar juicios, para evitar ser tratadas como inadecuadas o incompetentes, y perder la posibilidad de ser consideradas madres válidas. Su maternidad se desarrolla, entonces, en un contexto que exige sostener el cuidado de otros mientras lidian con un entorno institucional, que no garantiza plenamente su derecho a recibir apoyo.

Asimismo, se evidenció la existencia de expectativas de género que las colocaban en el rol de cuidadoras absolutas (Sedeño Manjarrez, 2024). Esos ideales normativos aludidos en las entrevistas invisibilizan el esfuerzo cotidiano, atribuyen las dificultades de los hijos a la condición materna y perpetúan desigualdades en la distribución de cuidados.

Factores facilitadores y estrategias de afrontamiento: apoyos, adaptaciones y enmascaramiento

A pesar de las barreras, las madres identificaron elementos que contribuyeron positivamente a su experiencia. El acompañamiento familiar o profesional fue altamente valorado, en línea con estudios que subrayan el papel de las redes de apoyo en la salud y el bienestar materno (Acharya, 2014). La presencia de personas significativas y las actitudes de cuidado genuino por parte del personal sanitario, ofrecieron seguridad y contención emocional (Donovan, 2020; Hampton *et al.*, 2021). El reconocimiento explícito de la autonomía y la capacidad de decisión de las mujeres con discapacidad, es un elemento clave para transformar estas interacciones en relaciones más simétricas.

La comunicación adaptada y clara, con explicaciones sin tecnicismos, y el uso de ajustes y adaptaciones, reduce la ansiedad y favorece la comprensión (Compte-Pujol *et al.*, 2020; Hampton *et al.*, 2021). Esto respalda la necesidad de ajustar el lenguaje y el formato de la información al perfil de cada usuaria, para garantizar la comprensión y la participación activa en la atención. El ambiente favorable, con espacios tranquilos y ajustes sensoriales, como luces tenues y reducción de ruido, fue otro facilitador clave en esta investigación, también sugerido en investigaciones previas (Donovan, 2020; Gardner *et al.*, 2016). Aunque su implementación fue menor en esta muestra, demuestra que pequeñas adaptaciones que no tienen prácticamente costo económico para la red asistencial, pueden tener un gran impacto en la experiencia de las pacientes. Estas adaptaciones no solo mejoran la experiencia individual, sino que incrementan la eficacia de las intervenciones clínicas al favorecer la adherencia, el autocuidado, la atención oportuna y la disminución de complejidades posteriores.

Finalmente, las mujeres desplegaron diversas estrategias de afrontamiento, como el enmascaramiento, la compensación o la búsqueda activa de información (Augusto Della Torre, 2021; Gutiérrez Zubia & Carrillo Saucedo, 2023). Estas acciones reflejan resiliencia, pero también ponen de manifiesto, que la carga de adaptación recae desproporcionadamente en las usuarias, en lugar de en el sistema sanitario. Implementar acciones que permitan desplazar la responsabilidad hacia los sistemas y estructuras, y no hacia las personas, resulta esencial para garantizar la equidad en salud.

Conclusión

Este estudio pone de relieve que las experiencias de maternidad de las mujeres autistas en Chile, son un reflejo de cómo las estructuras, prácticas y culturas institucionales del sistema de salud, continúan reproduciendo inequidades cuando no incorporan una perspectiva de accesibilidad, neurodiversidad y género. Desde una mirada crítica, se constata que la maternidad sigue siendo regulada por mandatos y expectativas de género, que exigen a las mujeres cumplir un rol cuidador absoluto, a la vez que cuestionan sus capacidades cuando no se ajustan a un ideal normativo. En el

caso de las mujeres autistas, esta doble exigencia se traduce en una exposición ampliada a violencias y en la invisibilización de sus propias necesidades de cuidado.

La investigación aporta evidencia cualitativa en el contexto chileno, lo que permite contribuir a las diversas luchas que hoy se dan para demandar el rediseño de los entornos clínicos, las interacciones profesionales y los procesos de atención desde un enfoque interseccional que reconozca la diversidad en la maternidad. Esto implica no solo eliminar barreras físicas y sensoriales, sino también, dismantlar las estructuras simbólicas que reproducen el capacitismo y el sexismo en la atención sanitaria. Impulsar cambios en la formación de profesionales, en las políticas públicas y en la gestión institucional, con participación y representatividad, es clave para pasar de una atención asistencialista y homogeneizadora a un modelo inclusivo que garantice el ejercicio pleno de derechos reproductivos y de crianza.

Entre las limitaciones de esta investigación, se reconoce que la muestra estuvo compuesta únicamente por un número acotado de mujeres convocadas a través de autoselección, lo que restringe la representatividad de otras realidades. Asimismo, el estudio se desarrolló en un contexto específico, por lo que sus hallazgos requieren ser contrastados con investigaciones en otros territorios y sistemas sanitarios.

Futuras líneas de trabajo deberían explorar la experiencia de la maternidad autista en contextos diversos, incluir voces de personas no binarias y padres autistas, y profundizar en el impacto de los ajustes razonables y de las políticas inclusivas implementadas en la atención perinatal.

Garantizar una maternidad digna y equitativa para las mujeres autistas, implica una transformación estructural que trascienda la adaptación individual y que sitúe a la inclusión, la accesibilidad y el respeto a la diversidad como principios rectores del sistema de salud. Esto exige comprender que el derecho a matinar sin violencia y con apoyos adecuados, es inseparable del derecho a la igualdad de género, y que la justicia en salud se mide por la capacidad de acoger, sin excepciones, las múltiples formas de ser y matinar.

Referencias

Acharya, V. (2014). Preparing for motherhood: a role for occupational therapy. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 70(1), 16–17. <https://doi.org/10.1179/otb.2014.70.1.005>

Aravena, P. & Inostroza, M. (2015). ¿Salud Pública o Privada? Los factores más importantes al evaluar el sistema de salud en Chile. *Revista Médica de Chile*, 143(2), 244–251. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000200012

Augusto Della Torre, M. L. (2021). *Efectos del camuflaje en la salud mental de las personas con el trastorno del espectro autista* [Tesis de Licenciatura, Universidad de Lima]. Repositorio Institucional – Universidad de Lima. <https://repositorio.ulima.edu.pe/handle/20.500.12724/13173>

Bargiela, S., Steward, R., & Mandy, W. (2016). The Experiences of Late-diagnosed Women with Autism Spectrum Conditions: An Investigation of the Female Autism Phenotype. *Journal of*

Autism and Developmental Disorders, 46, 3281–3294. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2872-8>

Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2023). Ley 21.545: Establece la promoción de la inclusión, la atención integral, y la protección de los derechos de las personas con trastorno del espectro autista en el ámbito social, de salud y educación. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1190123>

Compte-Pujol, M., Marca-Francès, G., Menéndez-Signorini, J., & Frigola-Reig, J. (2020). Necesidades de información en pacientes con enfermedades crónicas. ¿Cómo evitar el ruido en la relación médico-paciente? *Revista Latina De Comunicación Social*, (75), 207–223. <https://doi.org/10.4185/RLCS-2020-1423>

Contreras Pacheco, M. & Casadiego Sánchez, Y. (2022). *Una mirada hacia la violencia obstétrica: "Por un parto más digno"* [Tesis de Licenciatura, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio Institucional – Universidad Cooperativa de Colombia. <https://hdl.handle.net/20.500.12494/47140>

Contreras Pérez, M. F., Serrano Arévalo, A. M., & Velandia Gómez, L. L. (2024). *Percepción sobre la humanización en la atención prenatal de gestantes asistentes al curso de preparación para la maternidad, en la ciudad de Girardot, segundo semestre 2022* [Tesis de Licenciatura, Universidad Cundinamarca]. Repositorio Institucional – Universidad Cundinamarca. <https://repositorio.ucundinamarca.edu.co/items/780862ca-472a-4bde-8541-602e2fddcd51>

Donovan J. (2020). Childbirth Experiences of Women With Autism Spectrum Disorder in an Acute Care Setting. *Nursing for Women's Health*, 24(3), 165–174. <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2020.04.001>

Escudero, C. (2020). El análisis temático como herramienta de investigación en el área de la Comunicación Social: contribuciones y limitaciones. *La trama de la comunicación*, 24(2), 89–100. <https://www.redalyc.org/journal/3239/323964237005/>

Ferrante, C. & Tiseyra, M.V. (2024). Maternidad y discapacidad: un estado del arte desde el prisma latinoamericano. *Disability and the Global South*, 11(1). <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/235863>

Fuster, D. E. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y representaciones*, 7(1), 201–229. <https://doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>

García, R., Irarrázaval, M., López, I., Riesle, S., Cabezas, M., Moyano, A., Garrido, G., Valdéz, D., de Paula, C. Rosoli, A., Cukier, S., Montiel-Nava, C., & Rattazzi, A. (2022). Encuesta para cuidadores de personas del espectro autista en Chile. Acceso a servicios de salud y educación, satisfacción, calidad de vida y estigma. *Andes Pediátrica*, 93(3), 351–360. <http://dx.doi.org/10.32641/andespediatr.v93i3.3994>

Gardner, M., Suplee, P.D., Bloch, J., & Lecks, K. (2016). Exploratory study of childbearing experiences of women with Asperger syndrome. *Nursing for Women's Health*, 20(1), 28–37. <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2015.12.001>

Goyenechea, M. (2019). Estado Subsidiario, segmentación

- y desigualdad en el sistema de salud chileno. *Cuadernos Médico Sociales*, 59(2). <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/175>
- Grant, A., Jones, S., Williams, K., Leigh, J., & Brown, A. (2022). Autistic women's views and experiences of infant feeding: A systematic review of qualitative evidence. *Autism*, 26(6), 1341-1352. <https://doi.org/10.1177/13623613221089374>
- Gutiérrez Zubia, A. & Carrillo Saucedo, I. C. (2023). Exploración del enmascaramiento en mujeres autistas y la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva. EHQUIDAD. *Revista Internacional de Políticas de Bienestar y Trabajo Social*, (20), 99-110. <https://doi.org/10.15257/ehquidad.2023.0014>
- Hampton, S., Man, J., Allison, C., Aydin, E., Baron-Cohen, S., & Holt, R. (2021). A qualitative exploration of autistic mothers' experiences II: Childbirth and postnatal experiences. *Autism*, 26(5), 1165-1175. <https://doi.org/10.1177/13623613211043701>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6th ed.). McGraw-Hill Education.
- Herrera, F. (2022). "La mamá soy yo": experiencias parentales de madres y padres con discapacidad en Chile. *Psicología em Estudo*, 27. <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v27i0.58850>
- Herrera, F., Salvo Agoglia, I., Campos Medina, L., & Peralta, C. (2024). 'Five rungs down': encounters between disabled parents and the medical institution. *Disability & Society*, 40(7), 1832-1852. <https://doi.org/10.1080/09687599.2024.2379335>
- Holton, A. E., Farrell, L. C., & Fudge, J. L. (2014). A Threatening Space?: Stigmatization and the Framing of Autism in the News. *Communication Studies*, 65(2), 189-207. <https://doi.org/10.1080/10510974.2013.855642>
- Hull, L., Petrides, K.V., & Mandy, W. (2020). The female autism phenotype and camouflaging: a narrative review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 7 (4) ,306-317. <https://doi.org/10.1007/s40489-020-00197-9>
- Leiva, M. (2022). Mujeres autistas chilenas diagnosticadas en edad adulta: Consecuencias y dificultades durante el proceso. *Psiquiatría y Salud Mental*, 39(3/4), 96-101. <https://schilesaludmental.cl/web/wp-content/uploads/2023/04/04.-Mujeres-autistas.pdf>
- Libster, N., Harwood, R., Meacham, K., & Kasari, C. (2024). "I do my best to do right by her": Autistic motherhood and the experience of raising a non-autistic adolescent daughter. *Autism*, 28(6), 1357-1368. <https://doi.org/10.1177/13623613241241577>
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2023). *Encuesta Nacional de Discapacidad y Dependencia (Endide) 2022*. <https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/endide-2022>
- Ministerio de Salud. (2024). *Política Nacional de Salud Inclusiva*. <https://www.senadis.gob.cl/descarga/i/7740>
- Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>
- Rodrigues, F., Nunes, M., & Lima Costa, L. (2024). Women with disabilities and their motherhood: scoping review. *Ciência & Saúde Coletiva*, 29(5). <https://doi.org/10.1590/1413-81232024295.09202023EN>
- Rodríguez-Garrido, P. (2024). Violencia obstétrica capacitista hacia mujeres con discapacidad: Una revisión integradora de la literatura. *Salud Colectiva*, 19, e4676. <https://doi.org/10.18294/sc.2023.4676>
- Rodríguez Gatta, D., Gutiérrez Monclus, P., Wilbur, J., Hanefeld, J., Banks, L.M., & Kuper, H. (2024). Inclusion of people with disabilities in Chilean health policy: a policy analysis. *International Journal of Equity Health*, 23 (1). 10.1186/s12939-024-02259-4
- Ruggieri, V. (2024). Autismo y camuflaje. *MEDICINA* (Buenos Aires), 84, 37-42. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S002576802024000200037&script=sci_arttext&tlng=es
- Sedeño Manjarrez, M. (2024). *Maternidades diversas: Construcción del rol social en madres de personas autistas. Profundización teórica sobre la realidad materna y los cuidados invisibles* [Tesis de Licenciatura, Universidad Ramón Llull]. Repositorio Institucional – Ramón Llull. <https://dau.url.edu/handle/20.500.14342/4522>
- Treweek, C., Wood, C., Martin, J., & Freeth, M. (2018). Autistic people's perspectives on stereotypes: An interpretative phenomenological analysis. *Autism*, 23(3), 759-769. <https://doi.org/10.1177/1362361318778286>
- Villacís Ganchozo, F. E. (2019). *Políticas educativas para garantizar el derecho humano a la educación inclusiva de niñas, niños y adolescentes con trastorno del espectro autista: ULPTS-MANABÍ, 2017-2018* [Tesis de Maestría, Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador]. Repositorio Institucional – Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador. <https://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/6910>
- Yupanqui-Concha, A., Hichins-Arismendi, M., Mandiola-Godoy, D., Rodríguez-Garrido, P. & Rotarou, E. (2024). Accessing Sexual and Reproductive Health Services in Chile: Women with Disabilities and Their Experience with Gynaecological and Obstetric Violence. *Sexuality Research and Social Policy*, 21, 690-703. <https://doi.org/10.1007/s13178-024-00942-3>