

Diferencias por sexo en niveles de síntomas de ansiedad en adolescentes y adultos con trastorno del espectro del autismo: revisión sistemática con metaanálisis.

Ester de la Fuente Martín

Técnico de Federación Autismo Castilla-La Mancha

Resumen

La ansiedad es frecuente en las personas con TEA, pero las diferencias por sexo en la intensidad de los síntomas no están claramente establecidas. El objetivo de esta revisión sistemática con metaanálisis fue estimar las diferencias en síntomas de ansiedad entre participantes de sexo femenino y masculino con TEA en la adolescencia y la edad adulta. Se siguieron las recomendaciones PRISMA 2020 y se incluyeron estudios con participantes de 13 años o más con diagnóstico de TEA que evaluaran la ansiedad mediante escalas continuas. Ocho estudios se incorporaron a la síntesis cualitativa y siete estimaciones independientes al metaanálisis principal. El efecto combinado mostró mayores niveles de ansiedad en las mujeres, con una magnitud pequeña (Hedges $g = 0,29$; IC del 95 %: 0,03–0,56), aunque con heterogeneidad considerable ($I^2 = 69,3$ %) y un amplio intervalo de predicción (–0,31 a 0,90). La certeza global de la evidencia se calificó como muy baja. Los resultados sugieren una diferencia media pequeña a favor de mayores síntomas de ansiedad en las mujeres, pero con una variabilidad importante entre estudios, por lo que el sexo no debe interpretarse de forma aislada como determinante del nivel de ansiedad.

Palabras clave: TEA; autismo; ansiedad; sexo; mujeres; metaanálisis.

Abstract

Anxiety is common among people with autism spectrum disorder (ASD), but sex differences in symptom severity are not well established. This systematic review and meta-analysis aimed to estimate differences in anxiety symptoms between female and male adolescents and adults with ASD. PRISMA 2020 guidelines were followed, and studies including participants aged 13 years or older who assessed anxiety using continuous standardized measures were eligible. Eight studies were included in the qualitative synthesis and seven independent estimates in the main meta-analysis. The pooled effect indicated higher anxiety symptom levels in females, with a small effect size (Hedges' $g = 0.29$; 95% CI: 0.03–0.56), although heterogeneity was substantial ($I^2 = 69.3\%$) and the prediction interval was wide (–0.31 to 0.90). The overall certainty of the evidence was rated as very low. Overall, the findings suggest a small average difference, with higher anxiety symptoms in

females, but considerable between-study variability; therefore, sex should not be interpreted in isolation as a determinant of anxiety levels.

Keywords: ASD; autism; anxiety; sex; women; meta-analysis.

Introducción

El trastorno del espectro del autismo (en adelante TEA) es un trastorno del neurodesarrollo que afecta a la configuración del sistema nervioso y al funcionamiento cerebral. Se caracteriza por dificultades en la comunicación e interacción social y en la flexibilidad del pensamiento y de la conducta de la persona que lo presenta (American Psychiatric Association, 2022).

En términos generales, en torno al 70% de las personas con TEA presentan un trastorno psiquiátrico comórbido (Hollocks et al., 2023; Simonoff et al., 2008). Por esta razón, la atención a la salud mental es una necesidad en las personas con TEA. Uno de los trastornos que se encuentran con mayor frecuencia en las personas con TEA es la ansiedad. En este caso, se estima que entre el 39 y el 50% de las personas con autismo tienen asociado a su diagnóstico principal de autismo un trastorno de ansiedad (Ezell et al., 2019; Fombonne et al., 2020; Hollocks et al., 2023; Hughes et al., 2024; Kirsch et al., 2020).

Las mujeres con TEA se han enfrentado históricamente a un mayor riesgo de infradiagnóstico o diagnóstico tardío, en parte debido a que la expresión de las características del TEA puede diferir con respecto a las de los hombres. La ausencia de un diagnóstico puede dificultar el acceso a una comprensión adecuada de sus necesidades y a los apoyos necesarios, lo que podría incrementar su vulnerabilidad ante problemas de salud mental (Merino Martínez, 2022). Conocer cómo se manifiesta la ansiedad en función del sexo asignado al nacer es muy importante para comprender mejor las necesidades de las mujeres con TEA. Sin embargo, esta cuestión continúa estando poco explorada. Los estudios disponibles sugieren que las mujeres con TEA presentan con mayor frecuencia trastornos de ansiedad que los hombres con TEA (Accardo et al., 2024; Fombonne et al., 2020; Martini et al., 2022).

Una dificultad para estimar estas diferencias es que muchos estudios no presentan los resultados desagregados por sexo. Entre los trabajos que sí lo hacen, Accardo et al. (2024) en una muestra de adolescentes con TEA de entre 12 y 17 años, observaron una prevalencia de ansiedad significativamente superior en las mujeres. De forma similar, Fombonne et al. (2020), en una amplia

muestra de personas adultas con TEA, encontraron que las mujeres presentaban una mayor probabilidad de haber recibido a lo largo de su vida diferentes diagnósticos de ansiedad, incluida la ansiedad social y la ansiedad por separación. Martini et al. (2022), en una cohorte de jóvenes con TEA seguidos entre los 16 y los 24 años, observaron también un mayor riesgo de ansiedad en las mujeres que en los hombres.

Además de una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad, también se han observado diferencias por sexo en la intensidad de los síntomas ansiosos. En una muestra de 7.989 jóvenes con TEA, con una media de edad de 11,23 años, Long et al. (2025) observaron que las participantes de sexo femenino presentaban niveles de ansiedad informados por sus progenitores significativamente superiores a los de los participantes de sexo masculino. Además, la relación entre funcionamiento cognitivo y ansiedad difería según el sexo, observándose una especial vulnerabilidad a la ansiedad entre las niñas sin deterioro cognitivo de acuerdo con la clasificación utilizada en el estudio. Sin embargo, las diferencias entre ambos sexos desaparecían cuando las características autistas eran más elevadas.

Aunque la evidencia disponible sugiere que las mujeres con TEA pueden presentar una mayor prevalencia e intensidad de la ansiedad, otra cuestión importante es si estas diferencias se mantienen estables o cambian a lo largo del desarrollo. Gotham et al. (2015) analizaron longitudinalmente la evolución de los síntomas de ansiedad y depresión desde la infancia hasta la adultez temprana en una muestra de 165 participantes, de los cuales 109 tenían TEA. En relación con la ansiedad, los hombres con TEA presentaban inicialmente niveles más elevados que las mujeres. Sin embargo, las mujeres mostraron un incremento más pronunciado de los síntomas a lo largo de la adolescencia, de manera que las trayectorias de ambos sexos convergieron hacia la adultez temprana y dejaron de observarse diferencias estadísticamente significativas entre ellos. Estos resultados sugieren que las diferencias por sexo en ansiedad podrían variar a lo largo del desarrollo, aunque deben interpretarse con prudencia debido al reducido número de mujeres con TEA incluidas en el estudio. Esta evolución presenta algunas diferencias respecto a la observada por Horwitz et al. (2023), quienes encontraron que las mujeres con TEA mostraban puntuaciones de ansiedad superiores a las de los hombres en los distintos momentos evaluados y una trayectoria ascendente durante la adolescencia y la transición a la adultez, mientras que en los hombres los síntomas tendían a disminuir. No obstante, este patrón también se observó en las mujeres sin TEA, por lo que no parecía ser específico del autismo. Asimismo, Malow et al. (2023) observaron un

aumento progresivo de la prevalencia de ansiedad durante la transición hacia la edad adulta, con una mayor prevalencia en las mujeres al final del seguimiento.

Estos hallazgos sugieren que pueden existir diferencias por sexo en los síntomas de ansiedad de las personas con TEA, pero también muestran que dichas diferencias no son uniformes y que podrían variar en función de características como la edad y el funcionamiento cognitivo. Sin embargo, la magnitud y consistencia de estas diferencias en adolescentes y personas adultas con TEA no están claramente establecidas. Por ello, el objetivo principal de esta revisión sistemática con metaanálisis fue estimar las diferencias en los niveles de síntomas de ansiedad entre participantes de sexo femenino y masculino con TEA. Como objetivos secundarios se planteó explorar la posible variación de estas diferencias en función del tipo de ansiedad evaluada, la persona informante, el contexto de procedencia de la muestra y la edad, siempre y cuando el número de estudios lo permitiera.

Método

Se realizó una revisión sistemática con metaanálisis de estudios observacionales sobre las diferencias por sexo en los niveles de síntomas de ansiedad en adolescentes y personas adultas con TEA. La revisión se diseñó siguiendo las recomendaciones PRISMA 2020 (Page et al., 2021). Se dispuso de un protocolo de trabajo en el que se definieron previamente la pregunta de investigación, los objetivos, los criterios de elegibilidad y la estrategia de búsqueda, aunque este no fue registrado.

El objetivo principal fue estimar mediante una diferencia de medias estandarizada la diferencia en síntomas de ansiedad entre participantes de sexo femenino y masculino con TEA. Como objetivos secundarios se planteó explorar si dicha diferencia podía variar en función del tipo de ansiedad evaluada, la persona informante, el contexto de procedencia de la muestra y la edad, siempre y cuando el número de estudios lo permitiera.

La búsqueda bibliográfica se realizó en PubMed/MEDLINE mediante una estrategia que combinó términos MeSH y términos de texto libre en título y resumen correspondientes a cuatro bloques conceptuales: TEA, ansiedad, edad y sexo/género. Los términos de cada bloque se combinaron mediante OR y los bloques entre sí mediante AND. Se utilizó NOT para excluir registros específicamente centrados en estrés agudo. La búsqueda se restringió a estudios realizados con seres humanos, publicados en inglés o español y durante los diez años anteriores a la fecha de ejecución. La adecuación de búsqueda empleada fue la siguiente:

("Autism Spectrum Disorder"[Mesh] OR ASD[tiab] OR autis*[tiab] OR "autism spectrum"[tiab] OR "autism spectrum disorder"[tiab] OR "autistic disorder"[tiab])

AND

("Anxiety"[Mesh] OR anx*[tiab] OR anxious[tiab] OR "social anx*" [tiab] OR "generalized anx*" [tiab])

AND

("Adolescent"[Mesh] OR "Young Adult"[Mesh] OR "Adult"[Mesh] OR adolescen*[tiab] OR teen*[tiab] OR "young adult*" [tiab] OR "emerging adult*" [tiab] OR adult*[tiab])

AND

("Sex Factors"[Mesh] OR female[tiab] OR male[tiab] OR women[tiab] OR men[tiab] OR girls[tiab] OR boys[tiab] OR sex[tiab] OR gender[tiab])

NOT

("acute stress disorder"[tiab] OR "acute stress"[tiab]).

Además, se aplicaron los siguientes criterios de filtrado, estudios realizados en seres humanos, publicaciones correspondientes a los últimos diez años y artículos publicados en inglés o español.

Se consideraron elegibles estudios que incluyeran adolescentes o personas adultas de 13 años o más con diagnóstico de TEA y que evaluaran síntomas de ansiedad mediante una escala continua estandarizada, independientemente de que la ansiedad constituyera el desenlace principal, una variable secundaria, predictora o covariable. En muestras que incluyeran participantes menores de 13 años se exigió que los datos correspondientes al grupo de edad elegible pudieran separarse. El protocolo excluyó los estudios basados exclusivamente en rasgos autistas sin diagnóstico de TEA y aquellos centrados únicamente en prevalencia o diagnóstico categórico de ansiedad.

Aunque el protocolo hacía referencia a un diagnóstico formal de TEA, durante el proceso de selección se aceptaron también estudios en los que se informaba de un diagnóstico previo realizado por profesionales, aunque este fuera comunicado por las propias personas participantes y no pudiera verificarse clínicamente de manera independiente. La ausencia de verificación

independiente se registró posteriormente como una posible limitación metodológica en la evaluación del riesgo de sesgo.

Para la comparación principal se consideró el sexo asignado al nacer, diferenciando participantes de sexo femenino y masculino. Se incluyeron estudios que utilizaran explícitamente esta variable o que presentaran resultados mediante categorías como female/male, mujeres/hombres o chicas/chicos. Cuando las publicaciones utilizaban estas categorías o el término *gender* sin especificar claramente si se referían al sexo asignado al nacer o a la identidad de género, se aceptaron operativamente como aproximación al sexo asignado al nacer siempre que no existiera información contradictoria; esta falta de precisión se tuvo en cuenta posteriormente en la evaluación del riesgo de sesgo.

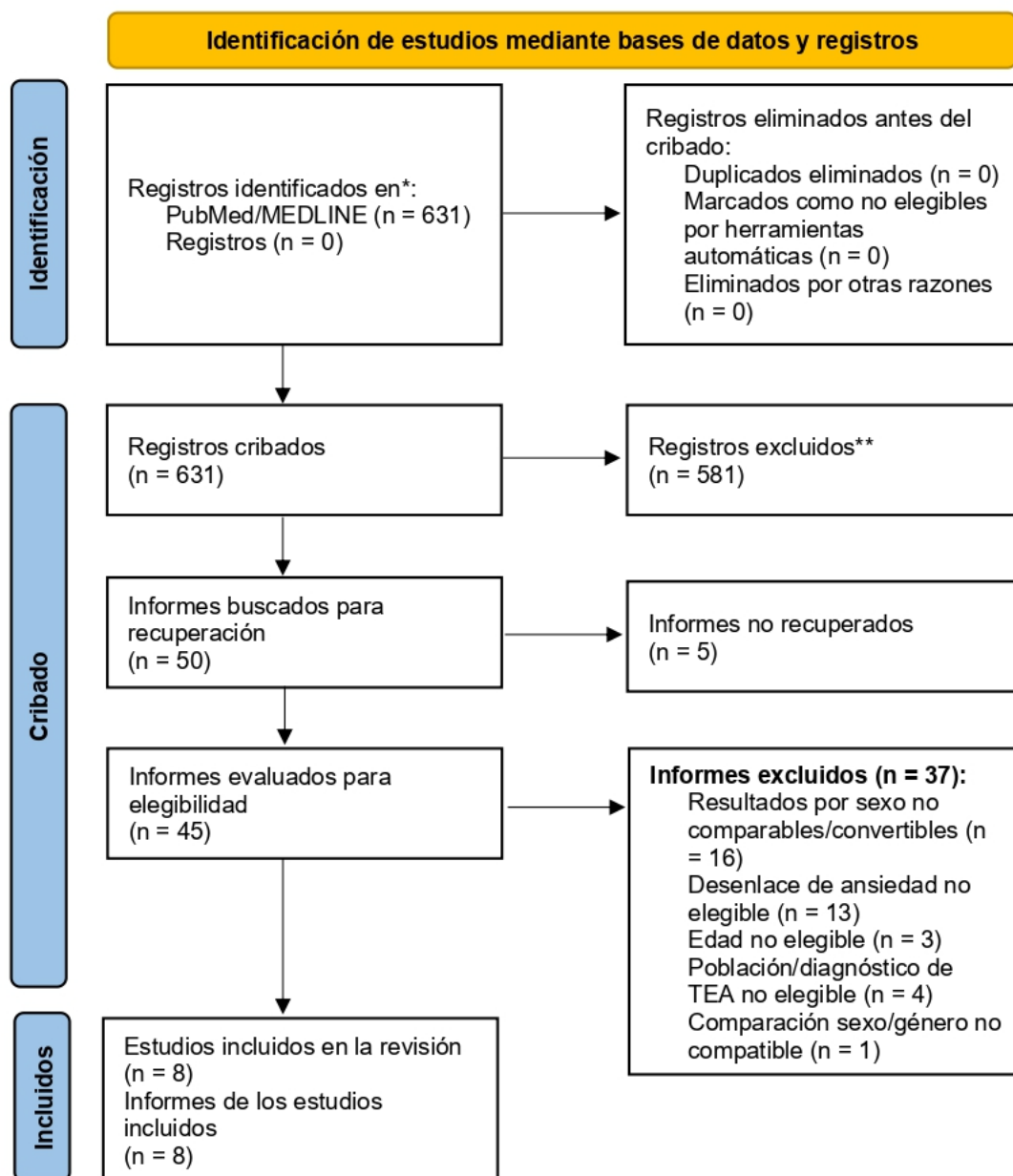
Para poder formar parte de la síntesis cuantitativa, los estudios debían aportar tamaños muestrales y medias y desviaciones estándar de ansiedad por sexo, o estadísticos equivalentes que permitieran obtener un tamaño del efecto. Se excluyeron estudios que no proporcionaran datos separables por sexo, que evaluaran únicamente prevalencias diagnósticas, que no utilizaran una medida específica de síntomas de ansiedad, revisiones, editoriales, protocolos sin datos, estudios de caso único y estudios en animales. El protocolo contemplaba estudios observacionales transversales y longitudinales, así como datos basales de ensayos clínicos cuando fueran utilizables.

La selección se realizó en dos fases. Inicialmente se revisaron títulos y resúmenes para identificar estudios potencialmente elegibles y posteriormente se examinó el texto completo de los registros seleccionados. El cribado fue realizado por una persona revisora. Como apoyo posterior al cribado humano se utilizó una herramienta de inteligencia artificial para comprobar los resúmenes y su correspondencia con los criterios de elegibilidad; esta herramienta no se consideró equivalente a un segundo revisor humano independiente y las decisiones finales de inclusión o exclusión correspondieron a la persona revisora.

El flujo completo de selección y los motivos de exclusión en texto completo se presentan a continuación mediante el diagrama PRISMA.

Figura 1.

Diagrama de flujo de la revisión sistemática



Para cada estudio incluido se extrajeron de forma estructurada los datos de autoría y año, país, diseño y contexto de reclutamiento, tamaño muestral total y por sexo, edad, procedimiento de determinación del diagnóstico de TEA, presencia o exclusión de discapacidad intelectual, tipo de ansiedad, instrumento de evaluación, persona informante y estadísticos necesarios para la síntesis cuantitativa —tamaño muestral, media y desviación estándar de los grupos femenino y

masculino—. La extracción utilizada para el metaanálisis fue posteriormente comprobada manualmente antes del análisis estadístico.

Se examinó además la posibilidad de que diferentes publicaciones incluyeran participantes procedentes de las mismas cohortes con objeto de evitar la doble contabilización de una misma muestra. Se identificó un probable solapamiento entre Uljarević et al. (2020) y Richdale et al. (2023), ya que ambas publicaciones incluían datos procedentes de las cohortes ALSAA y SASLA. Por ello, ambos estudios se mantuvieron en la síntesis cualitativa, pero no se incorporaron simultáneamente al metaanálisis principal. Uljarević et al. (2020) se utilizó en el análisis principal y Richdale et al. (2023) se reservó para un análisis de sensibilidad.

El riesgo de sesgo de los estudios incluidos se evaluó mediante la versión revisada en 2026 de la herramienta JBI para estudios transversales analíticos (Barker et al., 2026). La herramienta consta de ocho preguntas de señalización relativas a la definición de los criterios de inclusión, la medición de la condición, la medición de la exposición, la medición del resultado, la identificación y el control de factores de confusión, la adecuación del análisis estadístico y la descripción de las personas participantes y del contexto. Las opciones de respuesta fueron Sí, No, Incierto y No aplicable. Antes de evaluar los estudios se elaboró una guía operativa para homogeneizar la aplicación de los criterios JBI a la pregunta de esta revisión. Se definieron como condición el diagnóstico de TEA, como exposición el sexo asignado al nacer y como resultado los síntomas de ansiedad evaluados mediante una escala. La edad y la discapacidad intelectual o el funcionamiento cognitivo se establecieron *a priori* como los principales factores potenciales de confusión. La evaluación fue realizada por una única persona revisora y, antes de completar la valoración de todos los estudios, se realizó una aplicación piloto de la guía operativa. De acuerdo con las recomendaciones de la herramienta, no se calculó una puntuación total a partir del número de respuestas favorables, sino que la interpretación se realizó por dominios, conservando la justificación correspondiente a cada juicio.

Para cada estudio se calculó la diferencia de medias estandarizada corregida por sesgo de muestras pequeñas mediante Hedges *g* a partir de las medias, desviaciones estándar y tamaños muestrales de los participantes de sexo femenino y masculino. El grupo femenino se definió como grupo 1 y el masculino como grupo 2, de modo que los valores positivos de Hedges *g* representaron mayores niveles de síntomas de ansiedad en las mujeres y los valores negativos mayores niveles en los hombres.

Los tamaños del efecto se combinaron mediante un modelo de efectos aleatorios. La varianza entre estudios (τ^2) se estimó mediante el método de máxima verosimilitud restringida (REML) y los intervalos de confianza del efecto combinado se calcularon mediante el ajuste de Knapp-Hartung, debido al reducido número de estudios independientes. La heterogeneidad se examinó mediante la prueba Q de Cochran, I^2 y τ^2 , y se calculó además un intervalo de predicción del 95%.

Los análisis se realizaron en R versión 4.6.1, utilizando el paquete metafor versión 5.0-1. La importación de los datos desde la hoja de cálculo se realizó mediante readxl versión 1.5.0.

Dado que el metaanálisis principal incluyó únicamente siete efectos independientes, no se realizaron meta-regresiones ni múltiples análisis formales por subgrupos según edad, tipo de ansiedad, informante o contexto de reclutamiento. Estas características se consideraron en la descripción de los estudios y en la interpretación narrativa de la heterogeneidad.

Se realizó un análisis de sensibilidad para evaluar el impacto del probable solapamiento de muestras, sustituyendo Uljarević et al. (2020) por Richdale et al. (2023) y manteniendo sin cambios el resto de los estudios.

Asimismo, se realizó un análisis *leave-one-out*, repitiendo el metaanálisis después de excluir individualmente cada estudio para evaluar la influencia de cada estimación sobre el efecto combinado y la heterogeneidad. A partir de este análisis se identificó que Sáez-Suanes et al. (2023) contribuía de manera especialmente marcada a la heterogeneidad. Por ello, se realizó adicionalmente un análisis de sensibilidad exploratorio y no preespecificado excluyendo este estudio. Esta exclusión no sustituyó al análisis principal.

La certeza de la evidencia para el resultado principal se evaluó mediante el enfoque GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) para preguntas de exposición (GRADE Working Group, 2025–2026). La pregunta se estructuró mediante el marco PECO, considerando como población a adolescentes y personas adultas con TEA, como exposición el sexo femenino asignado al nacer, como comparador el sexo masculino asignado al nacer y como resultado los niveles de síntomas de ansiedad. Al tratarse de una pregunta de exposición, el cuerpo de evidencia partió de una certeza alta y pudo disminuir en función de cinco dominios: riesgo de sesgo, inconsistencia, indirectitud, imprecisión y sesgo de publicación. La valoración se realizó sobre el conjunto de la evidencia correspondiente al resultado principal y no sobre cada estudio individual.

Ante la ausencia de un umbral mínimo clínicamente importante validado y común para los distintos instrumentos de ansiedad utilizados, se preespecificó $|g| = 0,20$ como umbral pragmático para distinguir una diferencia trivial o muy pequeña de una diferencia de al menos pequeña magnitud. Este valor se utilizó como referencia interpretativa y para la valoración de la imprecisión, sin considerarlo un umbral de importancia clínica específicamente validado para personas con TEA.

Debido al reducido número de estudios independientes incluidos en el metaanálisis ($k = 7$), no se utilizaron pruebas estadísticas de asimetría para descartar el sesgo de publicación. Este dominio se valoró cualitativamente dentro de GRADE.

Resultados

La búsqueda bibliográfica identificó 631 registros. Tras el cribado de títulos y resúmenes, se seleccionaron 50 informes para recuperación. Cinco no pudieron recuperarse a texto completo, por lo que 45 informes fueron evaluados para elegibilidad. De ellos, 37 fueron excluidos y 8 estudios cumplieron los criterios de inclusión. Siete estimaciones independientes se incorporaron al metaanálisis principal (Figura 1).

Tabla 1.

Características de los estudios incluidos en la revisión sistemática (n = 8)

Estudio y país	Diseño y entorno	Muestra con TEA	Edad	Diagnóstico de TEA y discapacidad intelectual	Ansiedad: constructo, instrumento e informante	Operacionalización de sexo/género	Inclusión en la síntesis cuantitativa
Bernardin et al. (2021) Estados Unidos	Transversal. Reclutamiento comunitario, clínico y SPARK; encuesta/autoinforme.	N = 78 adolescentes con TEA. Mujeres: 23; hombres: 55.	13–18 años. M = 15,03; DE = 1,68.	Diagnóstico formal. Participantes sin discapacidad intelectual según los criterios del estudio.	Ansiedad general, subescala de ansiedad de la DASS-21. Autoinforme.	Sexo binario informado; no se especifica expresamente si corresponde al sexo asignado al nacer.	Metaanálisis principal.
Uljarević et al. (2020) Australia	Transversal; datos basales de tres estudios australianos. Entorno comunitario, educativo y laboral.	N = 255. Mujeres: 104; hombres: 151.	14,29–80,16 años. M = 33,52; DE = 14,98.	Diagnóstico clínico autoinformado + AQ-Short, sin verificación independiente. Muestra principalmente sin discapacidad intelectual.	Ansiedad generalizada, DSM-5 Dimensional Anxiety Scale. Autoinforme.	Se utiliza la variable sex; no se define expresamente como sexo asignado al nacer.	Metaanálisis principal.
Williams y Gotham (2022) Estados Unidos	Observacional transversal; análisis secundario de una encuesta más amplia. Reclutamiento comunitario mediante SPARK y cumplimentación en línea.	N = 290 personas adultas jóvenes con TEA. Mujeres: 178; hombres: 112.	18–26 años. M = 23,10; DE = 2,38.	Diagnóstico profesional de autismo autoinformado, sin verificación clínica independiente. Discapacidad intelectual no informada; participación independiente en encuesta en línea.	Síntomas actuales de ansiedad generalizada, GAD-7. Autoinforme.	Sexo asignado al nacer, diferenciado explícitamente de la identidad de género.	Metaanálisis principal.
Richdale et al. (2023) Australia	Transversal; datos basales de ALSAA y SASLA. Entorno comunitario.	N = 222. Mujeres: 117; hombres: 104; una persona sin dato para la comparación.	15–80 años. M ≈ 36,10; DE ≈ 15,04.	Diagnóstico autoinformado, sin verificación independiente. Muestra mayoritariamente sin discapacidad intelectual.	Ansiedad generalizada, DSM-5 Dimensional Anxiety Scale. Autoinforme.	Se utiliza la variable gender; no se confirma su equivalencia con el sexo asignado al nacer.	Síntesis cualitativa y análisis de sensibilidad; no incluido simultáneamente con Uljarević et al. (2020) por probable solapamiento de muestras.
Sáez-Suanes et al. (2023) España	Transversal. Centros residenciales y servicios especializados de Madrid y Galicia.	N = 121 personas adultas con TEA y discapacidad intelectual. Mujeres: 40; hombres: 81.	18–62 años. M = 35,46; DE = 9,46.	Diagnóstico confirmado con DiBAS-R. Toda la muestra con discapacidad intelectual; ≈29% no verbal o mínimamente verbal.	ASA-ASD-Informant. Heteroinforme profesional.	Se utiliza la variable gender; no se define expresamente como sexo asignado al nacer.	Metaanálisis principal.
Greenlee et al. (2020) Estados Unidos	Transversal, exploratorio. TAP Study; reclutamiento y recogida en línea mediante REDCap.	N = 105 adolescentes. Chicas: 50; chicos: 55.	13–17 años. Chicas: M = 15,14; DE = 1,21. Chicos: M = 14,36; DE = 1,21.	Diagnóstico DSM-IV-TR/DSM-5 informado por la persona cuidadora, sin verificación clínica. Se excluyeron discapacidad intelectual y participantes no verbales.	RCADS-25, subescala de ansiedad. Autoinforme adolescente; $\alpha = 0,91$.	Los términos sex y gender no se definen con precisión.	Metaanálisis principal.

Estudio y país	Diseño y entorno	Muestra con TEA	Edad	Diagnóstico de TEA y discapacidad intelectual	Ansiedad: constructo, instrumento e informante	Operacionalización de sexo/género	Inclusión en la síntesis cuantitativa
Kuzminskaite et al. (2020) Países Bajos	Análisis transversal de datos de un registro longitudinal. Netherlands Autism Register; encuesta anual en línea.	N = 742 personas adultas con TEA. Mujeres: 436; hombres: 306.	18–65 años. M = 43,82; DE = 12,19.	Diagnóstico profesional comunicado por las personas participantes, sin verificación clínica independiente. Discapacidad intelectual no especificada; muestra con perfil educativo/cognitivo elevado.	Síntomas de ansiedad general, subescala HADS-A. Autoinforme; $\alpha = 0,85$.	Sexo binario; no se aclara expresamente si corresponde al sexo asignado al nacer.	Metaanálisis principal.
Chen et al. (2017) Australia y Taiwán	Observacional transversal y transcultural con muestreo de experiencias durante 7 días. Reclutamiento comunitario en Australia y clínico en Taiwán.	N = 30 personas adolescentes y adultas con TEA. Mujeres: 14; hombres: 16.	16–45 años. Mujeres: M = 24,5; DE = 6,9. Hombres: M = 28,1; DE = 8,1.	Diagnóstico formal de síndrome de Asperger o autismo de alto funcionamiento realizado por psiquiatra o profesional de la psicología según DSM-IV. Se excluyeron discapacidad intelectual y otros trastornos neurológicos o del desarrollo.	Ansiedad social, Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) y versión china equivalente. Autoinforme.	Comparación binaria mediante gender; no se aclara expresamente si corresponde al sexo asignado al nacer.	Metaanálisis principal.

La evaluación del riesgo de sesgo mediante JBI mostró un perfil metodológico heterogéneo entre los estudios incluidos. Todos presentaron criterios de inclusión claramente definidos y utilizaron medidas de ansiedad consideradas suficientemente válidas y fiables. La principal fuente de incertidumbre común se encontró en la medición de la exposición: únicamente Williams y Gotham (2022) definieron expresamente las categorías de comparación como sexo asignado al nacer y diferenciaron esta variable de la identidad de género. En los siete estudios restantes, la exposición se valoró como incierta debido al empleo de términos como *sex*, *gender* o *female/male* sin una definición operacional que permitiera confirmar su equivalencia con el sexo asignado al nacer.

La determinación del diagnóstico de TEA mostró también variabilidad entre los estudios. En algunos casos se utilizaron diagnósticos profesionales o procedimientos estandarizados suficientemente descritos, mientras que en otros la confirmación diagnóstica se consideró incierta o inadecuada por basarse en diagnósticos autoinformados, información proporcionada por personas cuidadoras o ausencia de verificación independiente. El control de los factores de confusión fue asimismo desigual: mientras algunos estudios abordaron la edad y la discapacidad intelectual o el funcionamiento cognitivo mediante ajuste estadístico, restricción de la muestra o comparabilidad entre grupos, en otros el control fue parcial o insuficiente. Los resultados completos de la evaluación se presentan en el material suplementario.

El metaanálisis principal incluyó siete estudios independientes. Se aplicó un modelo de efectos aleatorios, con estimación de la varianza entre estudios mediante REML y ajuste de Knapp-Hartung. Los tamaños del efecto se expresaron como Hedges g , de modo que los valores positivos indicaron mayores niveles de síntomas de ansiedad en las mujeres y los valores negativos, mayores niveles en los hombres.

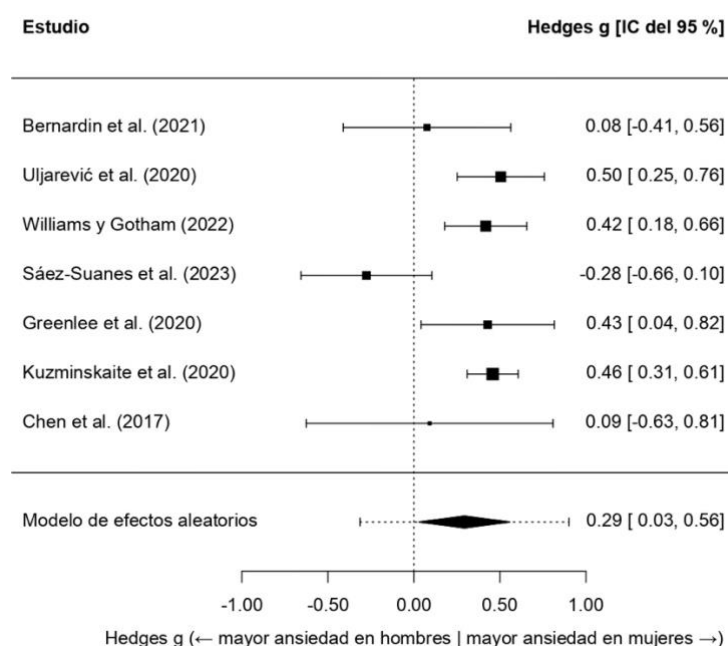
El efecto combinado mostró mayores niveles de síntomas de ansiedad en las mujeres en comparación con los hombres, con una magnitud pequeña (Hedges $g = 0,29$; IC 95%: 0,03 a 0,56; $p = 0,034$). Los tamaños del efecto individuales oscilaron entre $g = -0,28$ y $g = 0,50$. Seis de los siete estudios mostraron estimaciones en dirección positiva, aunque con diferente magnitud y precisión.

Se observó una heterogeneidad considerable entre los estudios ($\tau^2 = 0,050$; $I^2 = 69,3\%$). La prueba Q de Cochran también indicó heterogeneidad estadísticamente significativa ($Q(6) = 15,69$; $p = 0,016$). El intervalo de predicción del 95% fue de $-0,31$ a $0,90$, lo que indica que, aunque el efecto medio indicó mayores niveles de ansiedad en las mujeres, los efectos esperables en estudios

futuros podrían variar de forma sustancial e incluso presentar una dirección distinta. Estos resultados se muestran en la Figura 2.

Figura 2.

Forest plot de las diferencias en síntomas de ansiedad entre mujeres y hombres con TEA



Nota: Los tamaños del efecto se expresan como Hedges g , donde los valores positivos indican mayores niveles de ansiedad en mujeres. El diamante representa el efecto combinado del modelo de efectos aleatorios y la línea discontinua el intervalo de predicción del 95%.

Dado el probable solapamiento de participantes entre Uljarević et al. (2020) y Richdale et al. (2023), se realizó un análisis de sensibilidad sustituyendo el primero por el segundo. Los resultados fueron prácticamente idénticos a los del análisis principal (Hedges $g = 0,29$; IC 95%: 0,03 a 0,54; $p = 0,034$), con una heterogeneidad similar ($\tau^2 = 0,046$; $I^2 = 67,2\%$) y un intervalo de predicción del 95% de $-0,30$ a $0,87$. Por tanto, la decisión relativa al estudio incluido en presencia de solapamiento no modificó de forma relevante la estimación global.

El análisis *leave-one-out* mostró que la dirección del efecto combinado se mantuvo positiva al excluir individualmente cualquiera de los estudios, con estimaciones comprendidas entre $g = 0,24$ y $g = 0,43$. No obstante, al excluir Sáez-Suanes et al. (2023), la heterogeneidad se redujo a $I^2 = 0\%$ y

el efecto combinado aumentó a $g = 0,43$ (IC 95%: 0,32 a 0,54; $p < 0,001$). Este resultado sugiere que dicho estudio contribuye de manera importante a la heterogeneidad observada, aunque se mantuvo en el análisis principal al cumplir los criterios de elegibilidad. Dadas sus características clínicas y metodológicas diferenciadas, este análisis se interpretó de manera exploratoria.

La certeza de la evidencia para el resultado principal se calificó como muy baja. Partiendo de una certeza inicial alta para una pregunta de exposición, se redujo un nivel por riesgo de sesgo, debido principalmente a las limitaciones en la medición de la exposición, la confirmación del diagnóstico de TEA y el control de los factores de confusión; un nivel por inconsistencia, debido a la heterogeneidad entre los estudios y a la amplitud del intervalo de predicción; y un nivel por imprecisión, dado que el intervalo de confianza del efecto combinado atravesó el umbral interpretativo preespecificado de $g = 0,20$. No se redujo la certeza por indirectitud. Tampoco se realizó una reducción adicional por sesgo de publicación, aunque este no pudo descartarse de forma fiable debido al reducido número de estudios.

Tabla 2.

Resumen de los hallazgos y certeza de la evidencia (GRADE)

Desenlace	Estudios (participantes)	Efecto combinado	Heterogeneidad	Dominios GRADE	Certeza global
Diferencia en síntomas de ansiedad entre mujeres y hombres con TEA	7 estudios N = 1.621	Hedges $g = 0,29$ IC 95%: 0,03 a 0,56 IP 95%: -0,31 a 0,90	$I^2 = 69,3\%$ $\tau^2 = 0,050$ $Q(6) = 15,69$; $p = 0,016$	Riesgo de sesgo: Serio (-1) Inconsistencia: Seria (-1) Indirectitud: No seria (0) Imprecisión: Seria (-1) Sesgo de publicación: Sin reducción (0)	MUY BAJA ⊕○○○

Nota: Los valores positivos de Hedges g indican mayores niveles de síntomas de ansiedad en mujeres. El efecto combinado se estimó mediante un modelo de efectos aleatorios, con REML para τ^2 y ajuste de Knapp-Hartung. Riesgo de sesgo: se redujo un nivel por limitaciones relevantes en la operacionalización del sexo asignado al nacer, la confirmación del diagnóstico de TEA y el control de los factores de confusión, especialmente la edad y la discapacidad intelectual o el funcionamiento cognitivo. Inconsistencia: se redujo un nivel debido a la heterogeneidad relevante en la magnitud y dirección de los efectos y a un intervalo de predicción amplio (-0,31 a 0,90), compatible con diferencias importantes entre estudios o poblaciones futuras. Indirectitud: no se disminuyó la certeza porque población, comparación y desenlace respondieron directamente a la pregunta de investigación. Imprecisión: se redujo un nivel porque el IC del 95% del efecto combinado (0,03 a 0,56) atravesó el umbral interpretativo preespecificado de $g = 0,20$, siendo compatible tanto con una diferencia trivial o muy pequeña como con una diferencia de al menos pequeña magnitud a favor de mayores síntomas de ansiedad en participantes de sexo femenino. Sesgo de publicación: el reducido número de estudios impidió una evaluación fiable mediante pruebas de asimetría. Aunque el sesgo de publicación no puede descartarse, no se identificaron señales suficientes para justificar una reducción adicional de la certeza.

Discusión

La presente revisión sistemática con metaanálisis examinó las diferencias por sexo en los niveles de síntomas de ansiedad en adolescentes y personas adultas con TEA. El análisis principal, basado en siete estudios independientes y una muestra total de 1.621 participantes, mostró niveles de

síntomas de ansiedad superiores en las mujeres que en los hombres. Sin embargo, la diferencia observada fue de pequeña magnitud y presentó una heterogeneidad considerable entre los estudios. Por tanto, estos resultados no indican que el sexo determine por sí mismo la presencia o intensidad de la ansiedad, sino que apuntan a una tendencia general cuya expresión probablemente depende de otras características individuales, clínicas y metodológicas.

Los resultados son consistentes con los obtenidos por Suominen et al. (2026) en población infantil y adolescente con TEA. En su revisión sistemática con metaanálisis, las chicas presentaron mayores síntomas de ansiedad que los chicos, aunque la diferencia fue también pequeña y se observó una heterogeneidad relevante. Además, la magnitud de la diferencia fue mayor en muestras de más edad, con mayor cociente intelectual y procedentes de contextos comunitarios. La coincidencia en la dirección de ambos metaanálisis refuerza la posibilidad de que existan diferencias por sexo en los síntomas de ansiedad, aunque nuestro estudio amplía esta evidencia al incluir desde la adolescencia hasta distintas etapas de la edad adulta. No obstante, el reducido número de estudios disponibles impide determinar si la magnitud de estas diferencias cambia sistemáticamente a lo largo del desarrollo.

La edad podría contribuir a explicar parte de la variabilidad observada. Los estudios longitudinales disponibles sugieren que las trayectorias de ansiedad pueden diferir entre mujeres y hombres durante la adolescencia y la transición a la edad adulta. Horwitz et al. (2023) observaron una tendencia ascendente de los síntomas de ansiedad en las mujeres y descendente en los hombres, aunque un patrón semejante se produjo también en mujeres sin TEA, por lo que no parece tratarse de un fenómeno específico del autismo. Malow et al. (2023) identificaron igualmente un aumento de la ansiedad durante la transición a la edad adulta, con una mayor carga de problemas psiquiátricos en las mujeres al final del seguimiento. Estos hallazgos sugieren que las diferencias observadas pueden estar relacionadas con la interacción entre procesos generales del desarrollo y características asociadas al TEA, más que con el sexo considerado de forma aislada. En cualquier caso, nuestro metaanálisis no permitió evaluar formalmente la edad como variable moderadora.

Las experiencias interpersonales durante la adolescencia podrían formar parte de este marco explicativo. Greenlee et al. (2020), uno de los estudios incluidos, observaron que la victimización relacional se asociaba con mayores síntomas de ansiedad especialmente en las chicas con TEA. Asimismo, el camuflaje social se ha relacionado con síntomas internalizantes y ansiedad tanto en adolescentes como en personas adultas (Bernardin et al., 2021; Hull et al., 2021). Sin embargo, la

evidencia disponible es fundamentalmente transversal y no permite establecer que el camuflaje explique directamente las diferencias por sexo encontradas. Es posible que exista una relación bidireccional entre ansiedad y estrategias de camuflaje, por lo que este mecanismo debe considerarse una explicación plausible, pero no demostrada.

Otra posible fuente de heterogeneidad es el funcionamiento cognitivo. Suominen et al. (2026) observaron diferencias por sexo más pronunciadas en muestras con mayor cociente intelectual, y Long et al. (2025) encontraron que la relación entre funcionamiento cognitivo y ansiedad difería entre chicos y chicas con TEA. Sin embargo, no debemos tomar estos resultados como evidencia de que la discapacidad intelectual ejerce un efecto protector frente a la ansiedad. Una explicación alternativa es que las capacidades cognitivas y comunicativas influyen en la identificación y expresión de síntomas predominantemente internos, especialmente cuando se utilizan medidas de autoinforme.

Esta cuestión resulta especialmente relevante para interpretar el estudio de Sáez-Suanes et al. (2023), que presentó un patrón diferente al de los restantes trabajos y contribuyó de manera importante a la heterogeneidad. Su muestra estaba formada exclusivamente por personas adultas con TEA y discapacidad intelectual, incluía participantes no verbales o mínimamente verbales y utilizaba profesionales como informantes. Estas características lo diferencian del resto de los estudios, basados principalmente en personas sin discapacidad intelectual y evaluadas mediante autoinforme. Por ello, su resultado no debe interpretarse simplemente como evidencia de una mayor ansiedad en los hombres con TEA y discapacidad intelectual, sino como una indicación de que el patrón observado puede variar según las características clínicas y comunicativas de la población y la forma en que se evalúan los síntomas.

La marcada reducción de la heterogeneidad tras excluir exploratoriamente este estudio respalda la posibilidad de que estas diferencias clínicas y metodológicas contribuyan a la variabilidad observada, pero no justifica su exclusión del análisis principal. Al cumplir los criterios de elegibilidad, mantenerlo permite representar mejor la diversidad de personas con TEA. Su eliminación habría producido un conjunto más homogéneo, pero también habría reducido todavía más la representación de personas con discapacidad intelectual, lenguaje mínimo o mayores necesidades de apoyo, perfiles ya escasamente representados en la investigación sobre ansiedad. Estudios realizados específicamente con jóvenes con TEA, discapacidad intelectual y lenguaje

mínimo indican además que la ansiedad puede relacionarse con manifestaciones conductuales distintas de las observadas en muestras con mayor capacidad verbal (Ferguson et al., 2024).

Las características de los instrumentos de evaluación también deben considerarse. Moore et al. (2025) encontraron que la Anxiety Scale for Autism–Adults (ASA-A), desarrollada específicamente para personas adultas con TEA, presentaba equivalencia de medida entre hombres y mujeres. Este hallazgo sugiere que, al menos para ese instrumento, las diferencias observadas no pueden atribuirse simplemente a un funcionamiento diferente de los ítems según el sexo. No obstante, la diversidad de escalas utilizadas en los estudios incluidos, junto con las diferencias entre autoinforme y heteroinforme, puede contribuir a la heterogeneidad del efecto agregado.

La ansiedad en las personas con TEA probablemente responda, además, a múltiples procesos interrelacionados. Algunos estudios han identificado asociaciones con la intolerancia a la incertidumbre, las diferencias sensoriales, la regulación emocional, las características autistas y las alteraciones relacionadas con la activación y el sueño (Richdale et al., 2023; Kuzminskaite et al., 2020). Estas variables podrían contribuir a explicar por qué el sexo considerado de manera aislada representa únicamente una parte de la variabilidad observada en los niveles de ansiedad.

También podría ser relevante el momento en que se identifica el TEA. Las mujeres y chicas han presentado históricamente mayor riesgo de reconocimiento tardío. Smith et al. (2024) encontraron que una mayor edad al diagnóstico se asociaba con mayores síntomas ansiosos y depresivos. En su muestra, la relación entre sexo y psicopatología aparecía parcialmente vinculada a la edad al diagnóstico. Estos resultados plantean la posibilidad de que parte de las diferencias atribuidas al sexo reflejen también trayectorias distintas de identificación y acceso a apoyos. Sin embargo, debido al carácter fundamentalmente transversal de esta evidencia, no puede establecerse si el diagnóstico tardío contribuye posteriormente a la ansiedad, si los problemas de salud mental dificultan el reconocimiento del TEA o si ambos procesos se influyen mutuamente.

Las características de reclutamiento constituyen otra posible fuente de variabilidad. Suominen et al. (2026) encontraron diferencias por sexo mayores en muestras comunitarias que en muestras clínicas y plantearon que la elevada presencia de ansiedad en estas últimas podría reducir la capacidad para detectar diferencias adicionales entre mujeres y hombres. Aunque este aspecto no pudo evaluarse formalmente en nuestro metaanálisis, resulta relevante porque los estudios incluidos procedían de contextos clínicos, comunitarios, educativos, laborales y registros en línea muy diversos.

Los resultados obtenidos apoyan una interpretación multifactorial de las diferencias por sexo en los síntomas de ansiedad. La evidencia disponible no permite atribuirlos a un único mecanismo ni establecer que se produzcan de manera uniforme en todas las personas con TEA. La edad, el funcionamiento cognitivo, las experiencias interpersonales, el camuflaje, el momento del diagnóstico, las características individuales relacionadas con la ansiedad, el tipo de informante, los instrumentos utilizados y el contexto de reclutamiento podrían contribuir en distinta medida según la persona y el entorno. Esta diversidad de posibles explicaciones es coherente con la heterogeneidad observada y refuerza la necesidad de interpretar la diferencia media encontrada como una tendencia poblacional de pequeña magnitud, y no como una característica aplicable individualmente a todas las mujeres y hombres con TEA.

Limitaciones y Futuras Líneas de Investigación

Esta revisión presenta varias limitaciones que deben considerarse al interpretar sus resultados. En primer lugar, el reducido número de estudios independientes incluidos limitó la posibilidad de explorar formalmente las fuentes de heterogeneidad. No fue posible realizar metarregresiones ni análisis de subgrupos suficientemente fiables para determinar si variables como la edad, el funcionamiento cognitivo, el tipo de ansiedad, la persona informante o el contexto de reclutamiento modificaban las diferencias observadas entre mujeres y hombres. Por ello, los factores planteados en la discusión deben entenderse como posibles explicaciones sustentadas por la literatura disponible y no como moderadores demostrados por este metaanálisis.

También existió una heterogeneidad clínica y metodológica relevante entre los estudios. Se utilizaron diferentes instrumentos y se evaluaron constructos parcialmente distintos, como ansiedad general, ansiedad generalizada o ansiedad social. Aunque la diferencia de medias estandarizada permite combinar estadísticamente estas medidas, no garantiza que todas representen exactamente la misma manifestación de ansiedad. A ello se añade la utilización de distintas fuentes de información, principalmente autoinformes y, en menor medida, heteroinformes profesionales, cuyo posible efecto no pudo analizarse formalmente debido al reducido número de estudios.

La representatividad de las muestras constituye otra limitación importante. Todos los estudios excepto uno, incluyeron personas capaces de completar cuestionarios de manera autónoma y utilizaron registros, encuestas en línea u otros procedimientos de reclutamiento que pueden favorecer la participación de determinados perfiles. En consecuencia, las personas con

discapacidad intelectual, lenguaje mínimo o mayores necesidades de apoyo estuvieron infrarepresentadas. Esta limitación resulta especialmente relevante porque Sáez-Suanes et al. (2023), el estudio con características clínicas más diferenciadas y con una muestra formada por personas adultas con TEA y discapacidad intelectual, presentó también un patrón de resultados distinto del resto. Por tanto, los hallazgos no deben generalizarse sin cautela al conjunto de las personas con TEA.

Existen asimismo limitaciones relacionadas con la variable de comparación y con el control de posibles factores de confusión. Aunque la pregunta de la revisión se centró en el sexo asignado al nacer, solo uno de los estudios incluidos diferenció explícitamente esta variable de la identidad de género. En los restantes trabajos se utilizaron términos como *sex*, *gender* o *female/male* sin una definición operacional suficientemente precisa, lo que dificulta asegurar que todos evaluaran exactamente la misma variable. Además, la edad y la discapacidad intelectual o el funcionamiento cognitivo no fueron considerados de manera homogénea, y la confirmación del diagnóstico de TEA tampoco fue equivalente entre los estudios. En algunos casos se utilizaron diagnósticos profesionales comunicados por las propias personas participantes sin una verificación clínica independiente. Estas limitaciones fueron consideradas en la evaluación del riesgo de sesgo y reducen la confianza en la magnitud del efecto combinado.

La estrategia de búsqueda también limita la exhaustividad de la revisión, ya que se restringió a PubMed/MEDLINE, a un periodo temporal determinado y a publicaciones en inglés o castellano. Por tanto, no puede descartarse la existencia de estudios relevantes indexados exclusivamente en otras bases de datos, publicados en otros idiomas o fuera del periodo considerado. Asimismo, tanto el cribado de los estudios como la evaluación del riesgo de sesgo mediante JBI fueron realizados por una única persona revisora. Aunque posteriormente se utilizó una herramienta de inteligencia artificial como apoyo para comprobar la correspondencia de los estudios con los criterios de elegibilidad, esta comprobación no puede considerarse equivalente a una segunda revisión independiente. Del mismo modo, aunque se utilizaron criterios previamente definidos y una guía operativa para la evaluación JBI, no fue posible estimar la concordancia entre revisores ni resolver posibles discrepancias mediante consenso.

El reducido número de estudios impidió además evaluar de manera fiable el posible sesgo de publicación mediante pruebas estadísticas de asimetría, por lo que su presencia no puede descartarse. Finalmente, se identificó un probable solapamiento de participantes entre Uljarević et al. (2020) y Richdale et al. (2023). Esta posible dependencia se abordó evitando incluir

simultáneamente ambos estudios en el metaanálisis principal y mediante un análisis de sensibilidad en el que uno fue sustituido por el otro. La estabilidad de la estimación tras esta sustitución reduce la preocupación sobre su influencia en el resultado principal, aunque el posible solapamiento continúa siendo una limitación del conjunto de evidencia disponible.

Estas limitaciones redujeron la confianza en la magnitud estimada de la diferencia y en su generalización a las distintas poblaciones con TEA.

Las futuras investigaciones deberían priorizar diseños longitudinales y muestras suficientemente amplias para analizar cómo evolucionan las diferencias por sexo desde la adolescencia hasta las distintas etapas de la edad adulta y para evaluar formalmente posibles modificaciones del efecto. En particular, sería necesario estudiar de forma conjunta la edad, el funcionamiento cognitivo, el momento del diagnóstico, las condiciones coexistentes y el contexto de reclutamiento.

También debería mejorarse la representatividad de las muestras mediante la inclusión sistemática de personas con discapacidad intelectual, lenguaje mínimo y mayores necesidades de apoyo, utilizando procedimientos e instrumentos adaptados a sus características. La combinación de autoinformes y heteroinformes, cuando resulte pertinente, podría contribuir además a comprender hasta qué punto la expresión y detección de la ansiedad depende de la fuente de información.

Finalmente, los futuros estudios deberían diferenciar de manera explícita el sexo asignado al nacer y la identidad de género, describir con precisión los procedimientos utilizados para obtener estas variables y asegurar un control adecuado de factores potencialmente relevantes como la edad y el funcionamiento cognitivo. También sería conveniente utilizar instrumentos con evidencia psicométrica específica en personas con TEA y examinar su equivalencia de medida entre los grupos comparados. Una mayor homogeneidad en la definición de las variables y en los procedimientos de evaluación permitiría obtener estimaciones más precisas y determinar con mayor fiabilidad qué características explican la variabilidad observada.

Conclusiones

Esta revisión sistemática con metaanálisis sugiere que las mujeres con TEA presentan, en promedio, niveles de síntomas de ansiedad ligeramente superiores a los hombres. Sin embargo, la diferencia observada fue pequeña, existió una heterogeneidad considerable entre los estudios y la certeza global de la evidencia fue muy baja. Por tanto, el sexo no debe interpretarse de forma aislada como

un determinante del nivel de ansiedad. La variabilidad observada pone de manifiesto la necesidad de considerar conjuntamente características evolutivas, cognitivas, clínicas y metodológicas, así como de disponer de investigaciones más representativas y suficientemente amplias que permitan establecer en qué circunstancias pueden aparecer estas diferencias.

Referencias

- Accardo, A. L., Pontes, N. M. H., & Pontes, M. C. F. (2024). Heightened anxiety and depression among autistic adolescents with ADHD: Findings from the National Survey of Children's Health 2016–2019. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 54(2), 563–576. <https://doi.org/10.1007/s10803-022-05803-9>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Barker, T. H., Hasanoff, S., Aromataris, E., Stone, J. C., Leonardi-Bee, J., Sears, K., Klugar, M., Tufanaru, C., Moola, S., Liu, X.-L., & Munn, Z. (2026). The revised JBI critical appraisal tool for the assessment of risk of bias for analytical cross-sectional studies. *JBIC Evidence Synthesis*, 24(3), 401–408. <https://doi.org/10.11124/JBIES-24-00523>
- Bernardin, C. J., Lewis, T., Bell, D., & Kanne, S. (2021). Associations between social camouflaging and internalizing symptoms in autistic and non-autistic adolescents. *Autism*, 25(6), 1580–1591. <https://doi.org/10.1177/1362361321997284>
- Chen, Y.-W., Bundy, A. C., Cordier, R., Chien, Y.-L., & Einfeld, S. L. (2017). A cross-cultural exploration of the everyday social participation of individuals with autism spectrum disorders in Australia and Taiwan: An experience sampling study. *Autism*, 21(2), 231–241. <https://doi.org/10.1177/1362361316636756>
- Ezell, J., Hogan, A., Fairchild, A., Hills, K., Klusek, J., Abbeduto, L., & Roberts, J. (2019). Prevalence and predictors of anxiety disorders in adolescent and adult males with autism spectrum disorder and fragile X syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(3), 1131–1141. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3804-6>

- Ferguson, E. F., Spackman, E., Cai, R. Y., Hardan, A. Y., & Uljarević, M. (2024). Characterizing associations between emotion dysregulation, anxiety, and repetitive behaviors in autistic youth with intellectual disability. *Autism Research*, 17(9), 1810–1817. <https://doi.org/10.1002/aur.3207>
- Fombonne, E., Green Snyder, L., Daniels, A., Feliciano, P., & Chung, W. (2020). Psychiatric and medical profiles of autistic adults in the SPARK cohort. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(10), 3679–3698. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04414-6>
- Gotham, K., Brunwasser, S. M., & Lord, C. (2015). Depressive and anxiety symptom trajectories from school age through young adulthood in samples with autism spectrum disorder and developmental delay. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(5), 369–376.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.02.005>
- Greenlee, J. L., Winter, M. A., & Marcovici, I. A. (2020). Brief report: Gender differences in experiences of peer victimization among adolescents with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(10), 3790–3799. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04437-z>
- GRADE Working Group. (2025–2026). *Questions about interventions, diagnostic tests, prognosis and exposures*. *GRADE Book*. <https://book.gradepro.org/guideline/questions-about-interventions-diagnostic-test-prognosis-and-exposures>
- Hollocks, M. J., Carter Leno, V., Chandler, S., White, P., Yorke, I., Charman, T., Pickles, A., Baird, G., & Simonoff, E. (2023). Psychiatric conditions in autistic adolescents: Longitudinal stability from childhood and associated risk factors. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32, 2197–2208. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02065-9>
- Horwitz, E., Vos, M., de Bildt, A., Greaves-Lord, K., Rommelse, N., Schoevers, R., & Hartman, C. (2023). Sex differences in the course of autistic and co-occurring psychopathological symptoms in adolescents with and without autism spectrum disorder. *Autism*, 27(6), 1716–1729. <https://doi.org/10.1177/13623613221146477>

- Hughes, M. M., Pas, E. T., Durkin, M. S., DaWalt, L. S., Bilder, D. A., Bakian, A. V., Amoakohene, E., Shaw, K. A., Patrick, M. E., Salinas, A., DiRienzo, M., Lopez, M., Williams, S., McArthur, D., Hudson, A., Ladd-Acosta, C. M., Schwenk, Y. D., Baroud, T. M., Williams, A. R., ... Maenner, M. J. (2024). Health conditions, education services, and transition planning for adolescents with autism. *Pediatrics*, 153(4), e2023063672. <https://doi.org/10.1542/peds.2023-063672>
- Hull, L., Levy, L., Lai, M.-C., Petrides, K. V., Baron-Cohen, S., Allison, C., Smith, P., & Mandy, W. (2021). Is social camouflaging associated with anxiety and depression in autistic adults? *Molecular Autism*, 12, 13. <https://doi.org/10.1186/s13229-021-00421-1>
- Kirsch, A. C., Huebner, A. R. S., Mehta, S. Q., Howie, F. R., Weaver, A. L., Myers, S. M., Voigt, R. G., & Katusic, S. K. (2020). Association of comorbid mood and anxiety disorders with autism spectrum disorder. *JAMA Pediatrics*, 174(1), 63–70. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.4368>
- Kuzminskaite, E., Begeer, S., Hoekstra, R. A., & Grove, R. (2020). Short report: Social communication difficulties and restricted repetitive behaviors as predictors of anxiety in adults with autism spectrum disorder. *Autism*, 24(7), 1917–1923. <https://doi.org/10.1177/1362361320934218>
- Long, E. E., Johnson, M. F., & Carpenter, L. A. (2025). Autistic characteristics, cognitive impairment, and sex as predictors of anxiety and depression among autistic youth. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 55(11), 4018–4032. <https://doi.org/10.1007/s10803-024-06406-2>
- Malow, B. A., Qian, Y., Ames, J. L., Alexeeff, S., & Croen, L. A. (2023). Health conditions in autism: Defining the trajectory from adolescence to early adulthood. *Autism Research*, 16(7), 1437–1449. <https://doi.org/10.1002/aur.2960>
- Martini, M. I., Kuja-Halkola, R., Butwicka, A., Du Rietz, E., D’Onofrio, B. M., Happé, F., Kanina, A., Larsson, H., Lundström, S., Martin, J., Rosenqvist, M. A., Lichtenstein, P., & Taylor, M. J. (2022). Sex differences in mental health problems and psychiatric hospitalization in autistic young adults. *JAMA Psychiatry*, 79(12), 1188–1198. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.3475>

- Merino Martínez, M. (Coord.). (2022). *Mujeres y autismo: La identidad camuflada*. Editorial Altaria.
- Moore, H. L., Freeston, M., Rodgers, J., & Cassidy, S. (2025). A measurement invariance analysis of the Anxiety Scale for Autism-Adults in a sample of autistic and non-autistic men and women. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 55(3), 981–996. <https://doi.org/10.1007/s10803-024-06260-2>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Richdale, A. L., Lawson, L. P., Chalmers, A., Uljarević, M., Morris, E. M. J., Arnold, S. R. C., & Trollor, J. N. (2023). Pathways to anxiety and depression in autistic adolescents and adults. *Depression and Anxiety*, 2023, 5575932. <https://doi.org/10.1155/2023/5575932>
- Sáez-Suanes, G. P., García-Villamizar, D., & del Pozo Armentia, A. (2023). Does the gender matter? Anxiety symptoms and emotion dysregulation in adults with autism and intellectual disabilities. *Autism Research*, 16(1), 113–121. <https://doi.org/10.1002/aur.2839>
- Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T., & Baird, G. (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: Prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(8), 921–929. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e318179964f>
- Smith, J. V., McQuaid, G. A., Wallace, G. L., Neuhaus, E., Lopez, A., Ratto, A. B., Jack, A., Khuu, A., Webb, S. J., Verbalis, A., Pelphrey, K. A., & Kenworthy, L. (2024). Time is of the essence: Age at autism diagnosis, sex assigned at birth, and psychopathology. *Autism*, 28(11), 2909–2922. <https://doi.org/10.1177/13623613241249878>
- Suominen, E. H., Chen, C. A., Dunlop, A., Saunders, R., & Mandy, W. (2026). Sex/gender differences in internalizing problems of autistic children and young people: A systematic

review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 65(8), 995–1016. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2025.10.010>

Uljarević, M., Hedley, D., Rose-Foley, K., Magiati, I., Cai, R. Y., Dissanayake, C., Richdale, A., & Trollor, J. (2020). Anxiety and depression from adolescence to old age in autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(9), 3155–3165. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04084-z>

Williams, Z. J., & Gotham, K. O. (2022). Current and lifetime somatic symptom burden among transition-aged autistic young adults. *Autism Research*, 15(4), 761–770. <https://doi.org/10.1002/aur.2671>