

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
FACULTAD DE ENFERMERÍA MOCHIS
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS EN ENFERMERÍA



“ANÁLISIS INTERSECCIONAL DE LOS SIGNIFICADOS DEL PROCESO DE
EMBARAZO Y PARTO EN MUJERES AUTISTAS”

TESIS
QUE COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN ENFERMERÍA

PRESENTA
LIC. ARANZA JUDITH APODACA LEYVA

DIRECTORAS DE TESIS:
DRA. CAROLINA VALDEZ MONTERO
DRA. BERENICE JUAN MARTÍNEZ

LOS MOCHIS, SINALOA, MÉXICO, SEPTIEMBRE DE 2026.



Universidad Autónoma de Sinaloa

Dirección General de Bibliotecas

Repositorio Institucional Buelna

Restricciones de uso

Todo el material contenido en la presente tesis está protegido por la Ley Federal de Derechos de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

Queda prohibido la reproducción parcial o total de esta tesis. El uso de imágenes, tablas, gráficas, texto y demás material que sea objeto de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente correctamente mencionando al o los autores del presente estudio empírico. Cualquier uso distinto, como el lucro, reproducción, edición o modificación sin autorización expresa de quienes gozan de la propiedad intelectual, será perseguido y sancionado por el Instituto Nacional de Derechos de Autor.

Esta obra está bajo una Licencia [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)



Dirección General de Bibliotecas
Ciudad Universitaria
Av. de las Américas y Blvd.
Universitarios
C.P. 80010 Culiacán Sin. Méx.
Tel (667) 713 78 32 y
(667) 712 50 57
dgbuas@uas.edu.mx

Agradecimientos

Quiero expresar mis agradecimientos a la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHTI), por el apoyo otorgado a través de la beca que hizo posible mi formación y el desarrollo de este proyecto académico. Este respaldo representa no sólo un recurso fundamental para la realización de los estudios de posgrado, sino también un compromiso con el fortalecimiento de la ciencia, la formación de recursos humanos y la generación de conocimiento en nuestro país.

Agradezco especialmente a la Dirección de la Facultad de Enfermería Mochis de la Universidad Autónoma de Sinaloa, por las facilidades, el respaldo institucional y la disposición brindada durante este proceso de formación. De igual manera, expreso mi reconocimiento y gratitud a la Coordinación del Programa de Posgrado de la Facultad, por su acompañamiento, orientación y apoyo constante a lo largo de este trayecto académico.

Agradezco a mi directora de tesis, Dra. Carolina Valdez Montero por confiar en mí y en mi capacidad incluso en aquellos momentos en los que yo misma llegué a dudar. Gracias por impulsarme constantemente, por motivarme con sus palabras y por hacerme sentir que el trabajo que estaba realizando tenía valor y que iba por buen camino. Su acompañamiento no solo fue fundamental para la realización de esta tesis, sino también para despertar en mí un interés cada vez mayor por las neurodivergencias y por el mundo de la investigación. Gracias a su orientación, hoy tengo el deseo de continuar preparándome, aprendiendo y creciendo dentro de este ámbito. Mi agradecimiento también a las y los docentes del programa de posgrado,

quienes, a través de sus conocimientos, experiencia, orientación y compromiso con la enseñanza, contribuyeron significativamente a mi formación.

A mi esposo, por nunca soltarme de la mano durante este camino. Gracias por apoyarme incondicionalmente en cada proyecto al que decido aventurarme y por impulsarme siempre a seguir creciendo y preparándome. Gracias, especialmente, por tu infinita paciencia durante los momentos de estrés, cansancio y cambios de ánimo que acompañaron este proceso. Aun en los días más difíciles, siempre encontré en ti palabras de aliento, comprensión y la seguridad de saber que no estaba recorriendo este camino sola. Una parte importante de este logro también es tuya.

A mi hermana, porque, quizá sin proponérselo, me ayudó a mirar desde otra perspectiva todo lo que estaba construyendo durante esta travesía. A través de ella pude reconocer que el esfuerzo, el tiempo y la dedicación invertidos en este proceso tenían un significado mucho más grande del que en ocasiones podía percibir. Gracias por hacerme ver el valor de lo que estaba haciendo y por convertirme, de manera indirecta, en una fuente de inspiración.

A mi sobrina Luciana, porque me hiciste comprender que continuar estudiando, preparándome y persiguiendo mis metas también puede convertirse en una forma de inspirar a quienes vienen detrás de nosotros. Saber que puedo ser un ejemplo para ti le dio a este camino un significado todavía más especial.

A mis padres. Gracias por acompañarme y por estar presentes a lo largo de cada etapa de mi vida. Ver el orgullo en sus rostros al observar hasta dónde he llegado es una de las mayores recompensas que puedo recibir. Su mirada me recuerda que cada esfuerzo, cada desvelo y cada momento difícil han valido la pena.

Para cerrar y de manera muy especial, expreso mi más profundo agradecimiento a cada una de las mujeres que participaron en este estudio, quienes generosamente compartieron sus experiencias, historias, pensamientos y sentires. Gracias por la confianza depositada en este proyecto y por permitir que sus voces fueran parte fundamental de la construcción de este conocimiento.

Reconozco profundamente el valor que implica narrar experiencias personales y abrir espacios de la propia historia para contribuir a la investigación. Cada testimonio fue recibido con respeto, responsabilidad y gratitud, reconociendo a las participantes no sólo como fuentes de información, sino como personas cuyos saberes y experiencias dan sentido a este trabajo. Este estudio existe gracias a su disposición para compartir aquello que han vivido, pero también gracias a su deseo de que sus experiencias puedan contribuir a comprender otras realidades y generar cambios.

A ustedes, mi reconocimiento, respeto y gratitud. Sus voces atraviesan estas páginas y constituyen el corazón de esta investigación.

Dedicatoria

A mi pequeño hijo, que llegó a acompañarme en el tramo final de este proceso, pero que desde entonces se convirtió en una parte esencial de mi transformación. Que este logro sea también el inicio de todo lo que aún quiero aprender, construir y superar como persona. Por ti y para ti, porque hoy también eres una de las razones que me impulsan a seguir creciendo.

A mi esposo, por celebrar cada uno de mis logros como si fueran propios, por sentirse orgulloso de mí y por recordarme, con cada palabra de aliento, que vale la pena seguir persiguiendo aquello que me hace crecer.

Y, de manera muy especial, dedico este trabajo a todas aquellas personas, particularmente a las mujeres, que durante años fueron llevadas a pensar que aquello que sentían, percibían o experimentaban estaba mal; a quienes pasaron gran parte de su vida sintiéndose incomprendidas, fuera de lugar o tratando de encontrar una explicación para aquello que nadie parecía entender.

También a quienes hoy continúan sintiéndose de esa manera. Deseo que, de alguna forma, estas páginas puedan recordarles que sus experiencias tienen valor, que sus voces merecen ser escuchadas y que también existe un espacio para ellas.

Este trabajo también es para ustedes.

Resumen

Introducción. La maternidad en mujeres autistas está atravesada por normas de género, capacitismo, desigualdades sociales y barreras en los servicios de salud. El estudio analiza sus experiencias de embarazo y parto desde una perspectiva interseccional. **Objetivo.** Analizar los significados que otorgan las mujeres autistas al proceso de embarazo y parto a través de las intersecciones, género, clase y discapacidad. **Metodología.** Estudio cualitativo con análisis temático de Clarke en mujeres autistas mexicanas, seleccionadas mediante muestreo por bola de nieve hasta llegar a la saturación de los datos. Se realizaron entrevistas semiestructuradas y posterior análisis con NVivo; se consideraron los criterios de rigor metodológico de Noreña et al. Y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. **Resultados.** Participaron 11 mujeres autistas de 28 a 44 años, residentes en ocho entidades de México y con diagnóstico o autoidentificación reciente de autismo. Emergieron 3 categorías principales: estructuras socioculturales e institucionales que configuran la maternidad autista; experiencia corporal, salud mental y sostenimiento relacional en la maternidad neurodivergente; y trayectorias de vida, diagnóstico y reconfiguración identitaria en la maternidad. **Conclusión.** Las experiencias de embarazo, parto y maternidad en mujeres autistas son diversas y están atravesadas por la neurodivergencia, género, condiciones económicas, redes de apoyo y atención institucional. Los hallazgos evidencian la necesidad de una atención perinatal accesible, flexible y respetuosa, con ajustes razonables, comunicación clara y reconocimiento de la autonomía.

Palabras clave: Mujeres autistas, embarazo, parto, maternidad, atención sanitaria

Abstract

Introduction. Motherhood among autistic women is shaped by gender norms, ableism, social inequalities, and barriers within health services. This study analyzes their experiences of pregnancy and childbirth from an intersectional perspective.

Objective. To analyze the meanings autistic women attribute to the process of pregnancy and childbirth through the intersections of gender, class, and disability.

Methodology. A qualitative study employing Clarke's thematic analysis was conducted with Mexican autistic women, selected via snowball sampling until data saturation was reached. Semi-structured interviews were performed and subsequently analyzed using NVivo; the study adhered to the methodological rigor criteria

established by Noreña et al. and the Regulations of the General Health Law on Health

Research. **Results.** Eleven autistic women aged 28 to 44 participated; they resided in eight Mexican states and had either a formal diagnosis or a recent self-identification of autism. Three main categories emerged: sociocultural and institutional structures shaping autistic motherhood; bodily experience, mental health, and relational support in neurodivergent motherhood; and life trajectories, diagnosis, and identity reconfiguration within motherhood.

Conclusion. The experiences of pregnancy, childbirth, and motherhood among autistic women are diverse and shaped by neurodivergence, gender, economic conditions, support networks, and institutional care. The findings highlight the need for accessible, flexible, and respectful perinatal care that incorporates reasonable accommodations, clear communication, and recognition of autonomy.

Keywords: Autistic women, pregnancy, childbirth, motherhood, healthcare

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	1
Introducción	1
Marco teórico	20
Estudios relacionados	26
Definición de términos	38
Objetivos	44
Capítulo II	46
Metodología	46
Diseño de estudio	46
Población, muestreo y muestra	48
Criterios de inclusión/exclusión	48
Técnicas de recolección de datos	49
Procedimiento de recolección de la información	54
Consideraciones Éticas	57
Plan de análisis de datos	59
Criterios de rigor metodológico	61
Capítulo III	67
Resultados	67

Categoría 1. Estructuras socioculturales e institucionales que configuran la maternidad autista	71
Categoría 2. Experiencia corporal, salud mental y sostenimiento relacional en la maternidad neurodivergente	94
Categoría 3. Trayectorias de vida, diagnóstico y reconfiguración identitaria en la maternidad	117
Capítulo IV	132

Lista de Tablas

Contenido	Página
Tabla 1. Características sociodemográficas generales de las participantes	68
Tabla 2. Características clínicas, familiares y obstétricas de las participantes	69
Tabla 3. Categorías y subcategorías emergentes del análisis de las entrevistas	71

Lista de Figuras

Contenido	Página
Figura 1. Nube de palabras de entrevistas aplicadas	70
Figura 2. Estructuras socioculturales e institucionales que configuran la maternidad autista	72
Figura 3. Experiencia corporal, salud mental y sostenimiento relacional en la maternidad neurodivergente	95
Figura 4. Trayectorias de vida, diagnóstico y reconfiguración identitaria en la maternidad	118

Capítulo I

Introducción

La maternidad ha sido históricamente construida como un mandato social, una experiencia esperada, naturalizada, deseable e instintiva en todas las mujeres, especialmente dentro de contextos patriarcales donde la identidad femenina se ha vinculado al rol de madre. Sin embargo, las condiciones sociales, educativas, culturales, económicas y políticas en las que se ejerce y vive la maternidad son profundamente desiguales. Lejos de ser una experiencia deseada o planificada por todas las mujeres, la maternidad está influenciada por relaciones de poder que determinan qué cuerpos son considerados aptos para maternar, quiénes tienen acceso a cuidados y en qué condiciones se lleva a cabo (Federici, 2004).

La maternidad es entendida como “una construcción cultural multideterminada, definida y organizada por normas que se desprenden de las necesidades de un grupo social específico de una época definida y su historia; se trata de un fenómeno compuesto por discursos y prácticas sociales que conforman un imaginario complejo y poderoso que es, a la vez, fuente y efecto del género”. Entendiéndose el género, como un conjunto de ordenamientos simbólicos de lo que significa ser hombre o mujer en la sociedad con base a la genitalidad (Palomar, 2005); o bien, “se refiere a los roles, las características y oportunidades definidos por la sociedad que se consideran apropiados para los hombres, las mujeres, los niños, las niñas y las personas con identidades no binarias” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018).

En este sentido, la maternidad se construye a partir de expectativas sociales que definen lo que significa ser una “buena madre”, imponiendo así, modelos de cuidado y comportamiento que responden a ideales normativos de feminidad y capacidad. Dichos ideales no solo establecen cómo deben actuar las mujeres durante su maternidad, sino que también excluyen o marginan a aquellas mujeres que no se ajustan a dichas exigencias sociales, tal y como ocurre con las mujeres con discapacidad. Desde una mirada de género y discapacidad, estas construcciones revelan cómo los discursos dominantes refuerzan jerarquías sociales y reproducen desigualdades estructurales (Palomar, 2004; Martínez y García, 2021).

En el contexto de la maternidad, y especialmente durante el posparto, las madres con alguna discapacidad se enfrentan a exigencias que muchas veces no son identificadas en los discursos normativos sobre el cuidado. Se espera que las mujeres con discapacidad cumplan con las responsabilidades de la crianza y, además, deben demostrar que son capaces, competentes y “aptas” para ejercer su rol como madre. Esta presión social, que frecuentemente es invisibilizada, es mayor en comparación con la que se ejerce sobre las madres sin discapacidad, debido a que se entrelaza con los estigmas y formas de discriminación que siguen asociándose a la discapacidad. Esta presión se intensifica especialmente en mujeres con alguna discapacidad intelectual, ya que, sus capacidades maternas son evaluadas desde el prejuicio capacitista que invalida sus experiencias y conocimientos. Se construye entonces, un ideal inalcanzable de “buena madre” para muchas de ellas, no por una falta real de cuidado o afecto, sino por identidades sociales de control y exclusión que surgen en torno a su maternidad (Rodríguez-Garrido y Yupanqui-Concha, 2023).

Los estudios feministas han contribuido a repensar o cuestionarse la idea de que todas las maternidades son vividas de la misma manera, mostrando cómo esta se ve afectada por ejes de desigualdad como la clase social, la raza, la orientación sexual, el estado civil, la edad, el género, entre otras condiciones estructurales. En este sentido, un enfoque interseccional se vuelve importante para analizar cómo las múltiples formas de opresión interactúan y se acumulan en la vida de las mujeres que viven intersecciones marcadas por las desigualdades. En años recientes, se han presentado avances importantes en la visibilización de maternidades diversas; aunque esta apertura no logra incorporar completamente las experiencias de mujeres neurodivergentes, debido a que sigue centrada en discursos normativos (Burgaleta, 2011).

Por persona neurodivergente se entiende qué, es alguien que experimenta el mundo de una manera distinta de lo que se considera típico, normal o correcto, “puede referirse a la realidad de que existen mentes y cerebros diversos” (Dwyer, 2022). La neurodiversidad es un término más general que incluye las condiciones del espectro autista (Moreno, 2024). El uso del término neurodiversidad es una alternativa al modelo médico, el cual se basa en las diferencias en la función cerebral de cada individuo y sus rasgos de comportamiento como parte de la variación normal en la población, palabras como “vías de desarrollo atípicas”, “déficit” o “trastorno”, pueden ser criticadas por la postura de que no existe una capacidad mental típica, no hay un cerebro normal con el que se comparen todos los demás cerebros; la neurodiversidad significa estar “conectado” de una manera distinta y no anormal (Armstrong, 2012, como se cita en Clouder et al., 2020).

El enfoque de la neurodiversidad (el cuál se prioriza en este trabajo), parte del reconocimiento de que las neurodivergencias forman parte de la variabilidad humana, y, por lo tanto, no deben ser tratadas como errores que se tienen que corregir, sino como formas auténticas de ser, conocer y habitar el mundo. Frente al modelo médico (que patologiza la neurodivergencia), la neurodiversidad plantea una crítica profunda a la idea de normalidad neurológica y a los sistemas de diagnóstico que determinan jerarquías entre formas de funcionamiento mental. Este enfoque no niega la existencia de necesidades de apoyo, sino más bien cuestiona que la respuesta institucional dominante sea la corrección, normalización o medicalización forzada (Jaarsma y Welin, 2012).

Por otro lado, aunque el modelo social fuerte representó un avance al posicionar la discapacidad en las barreras sociales y no en el cuerpo individual, ha tendido a privilegiar a las discapacidades físicas y sensoriales, en ocasiones dejando de lado las particularidades de las discapacidades cognitivas, psicosociales y neurodivergentes. Con la insistencia del modelo médico en que la discapacidad está solamente en el entorno, el modelo social fuerte corre el riesgo de invisibilizar los aspectos vivenciales o comunicativos de algunas personas neurodivergentes que no siempre pueden reducir las barreras externas. También, al contemplar al entorno como un espacio físico por adaptar, se ignoran dimensiones relacionales, representativas y de posicionamiento epistémico en las que también produce exclusión (Yergeau, 2018).

La neurodiversidad, en cambio, ofrece una perspectiva más compleja y situada, en donde reconoce que la opresión a personas neurodivergentes se construye

en los cuerpo y sistemas institucionales, así como también en las normas culturales, las expectativas de comportamiento, los discursos biomédicos y las formas de definir la inteligencia, el comportamiento, la comunicación, y la competencia social. Por lo tanto, es una herramienta muy valiosa para pensar en la interseccionalidad, ya que permite relacionar la experiencia neurodivergente con otras formas de opresión como, género, clase, discapacidad e incluso raza (Kapp et al., 2013; Mallipeddi y VanDaalen, 2022).

Las vivencias del maternaje de personas neurodivergentes, en donde están incluidas las mujeres autistas, puede tener un grado de complejidad mayor, pero siguen siendo escasamente identificadas y minimizadas en el ámbito de la investigación y también de la política pública (Hampton et al., 2022; Pohl et al., 2020). Esta invisibilización responde a estereotipos sobre la maternidad y también, a la forma en que el autismo ha sido representado históricamente desde un modelo biomédico que ha atribuido el autismo, como una condición predominantemente masculina, lo que ha provocado un mayor diagnóstico en hombres y un diagnóstico tardío o erróneo en mujeres. A pesar de que las mujeres autistas viven el autismo a lo largo de toda su vida y presentan grandes desafíos (aspectos sociales e interpersonales cotidianos) suelen ser diagnosticadas en la adultez, en muchas ocasiones tras años de incomprensión, medicalización o malinterpretación de su comportamiento. Este retraso en el diagnóstico tiene consecuencias directamente sobre sus posibilidades de acceso a recursos y apoyos adecuados en distintas áreas y épocas de la vida, incluida la maternidad (Lai y Baron-Cohen, 2015; López y Rivas, 2014; Ruggieri, 2024).

Es importante entender que el autismo es una condición del desarrollo neurológico que dura toda la vida y que se presenta con diferencias en la comunicación e interacción social, patrones del comportamiento, conductas o intereses profundos o repetitivos y diferencias en el procesamiento sensorial, los cuales están presentes durante la infancia, pero pueden no manifestarse hasta que las demandas sociales superan las capacidades de la persona, las que, limitan y perjudican el funcionamiento cotidiano (Hampton et al., 2021; Talcer et al., 2021; Winnard et al., 2022).

Algunas personas autistas pueden presentar dificultades en el habla, debido a lo cual suelen tener retos en la comunicación verbal o en las interacciones sociales; tienden a mostrar también dificultades para regular sus emociones, lo que trae consigo que se presenten constantes crisis si sus actividades o actitudes repetitivas se ven interrumpidas; esto se debe a que, las personas autistas presentan capacidades perceptivas que están por encima del promedio de personas neurotípicas (hipersensibilidad o hiposensibilidad a estímulos sensoriales como sonidos, luces, tactos, olores y sabores). Puede ser común, que las personas autistas presenten la coexistencia de otros diagnósticos neuropsiquiátricos, por ejemplo, casi el 80% de las personas autistas presentan atención divergente, mejor conocido como Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) o características asociadas, un 15% presenta depresión, un 35% ansiedad no especificada producida por trastornos relacionados a la ansiedad y a las fobias de sociabilización; también, se pueden presentar en un 19-25%, desordenes obsesivos compulsivos, lo que se puede ver

reflejado en hiperfijación, actitudes o intereses profundos o repetitivas y obsesión por objetos específicos (Moreno, 2024).

El número de personas con diagnóstico y/o identidad del autismo ha aumentado significativamente en las últimas décadas. Aunque las estimaciones varían, en la actualidad se reconoce generalmente que la prevalencia es al menos del 1%-1.5%. Establecer cifras exactas de prevalencia es difícil debido a las modificaciones en los criterios de diagnóstico a lo largo del tiempo y a la heterogeneidad del autismo. Así pues, los niveles de apoyos requeridos por las personas autistas son variadas, no solo entre diferentes personas, sino también en la misma persona a lo largo del tiempo (Barthélémy et al., 2019).

Se estima una proporción de 4:1, donde por cada 4 hombres existe 1 mujer autista; sin embargo, los recientes estudios epidemiológicos a gran escala de población muestran una preponderancia masculina de 2-3:1 (por cada 2-3 hombres autistas, 1 mujer autista) en comparación con el ampliamente citado 4-5:1 (por cada 4-5 hombres autistas, 1 mujer autista) de estudios anteriores (Bruno et al., 2016), mostrándose ya un mayor diagnóstico y/o identidad de mujeres autistas en los últimos años debido a una mayor conciencia clínica o una medición más sensible.

Actualmente no hay estimaciones del número de adultos y adultas autistas (Pohl et al., 2020), a pesar de que el autismo es una condición que dura toda la vida, la mayoría de los trabajos de investigación sobre el autismo se centran en los niños y niñas, habiendo muy pocos datos sobre las realidades vividas por adultos y adultas autistas (Bruno et al., 2016).

Shattuck et al., (2009; como se cita en Libster et al., 2024) expone que las investigaciones históricamente han experimentado dificultades para identificar y diagnosticar a niñas autistas sin deterioro cognitivo. El diagnóstico de niñas y mujeres autistas es complejo debido a diversos factores, los que provocan que existan dificultades diagnósticas y/o de identidades por parte de las personas especialistas. Hull et al., (2020), argumentan que los sesgos de género construidos socialmente configuran la forma en que se toleran y perciben los comportamientos relacionados con el autismo. Se ha encontrado que las mujeres autistas, tienen diferencias de comportamiento en la forma en que expresan sus señales autistas, y tienen un mayor riesgo de ser mal diagnosticadas o no ser diagnosticadas (Talcer et al., 2021).

Según Howlin (citado por Calistro et al., 2023), en las últimas décadas, el enfoque tradicional sobre el autismo en los niños varones ha ido evolucionando; ahora hay un reconocimiento más amplio de que hay niñas autistas, que, a su vez, se convierten en adultas y que, por supuesto, las mujeres autistas también pueden ser madres. Sin embargo, se sabe muy poco acerca de cómo las mujeres autistas experimentan el proceso de embarazo y parto, y sobre cómo las alteraciones en la percepción sensorial impactan su bienestar. Este sesgo de género en la identificación de los rasgos autistas en la población infantil contribuye a las desigualdades en el acceso al diagnóstico y a los apoyos, lo que es no compatible con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) propuestos por la OMS (2015), específicamente al objetivo de igualdad de género; el cual señala que se busca poner fin a todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y niñas en todo el mundo (Mandy et al., 2018).

Lo anterior se debe a que las pruebas, las bases diagnósticas y los conocimientos fueron estudiados primeramente en varones y a partir de ello se estandarizaron para toda la población, generalizando el comportamiento de las mujeres de igual manera, generando a su vez un retraso en el diagnóstico y/o identidad. Debido al predominio de niños diagnosticados y/o identificados autistas, las niñas rara vez se estudian de forma independiente (Carvajal et al., 2021).

Esta falta de reconocimiento temprano tiene implicaciones que se extienden hacia etapas posteriores de la vida, particularmente cuando para muchas mujeres, la edad adulta conlleva convertirse en madre. En distintas culturas, se ha demostrado que tener un hijo o hija, trae consigo una amplia gama de experiencias, tales como; alegría, calidez y conexión con el otro, estrés, miedos, retos, complicaciones del embarazo, así como ciertas responsabilidades a las que hay que enfrentarse (Dugdale et al., 2021; Gonzales, 2017). Desde el punto de vista biomédico, el embarazo es el término utilizado para referirse al periodo que transcurre desde la fecundación hasta el momento del parto; en este proceso, el feto se desarrolla dentro del vientre materno o útero de la mujer y tiene una duración de aproximadamente 40 semanas, o poco más de 9 meses (National Institutes of Health [NIH], 2020; Universidad de Barcelona, 2018).

Una parte importante del embarazo es la atención prenatal, conocida también como consultas o cuidados prenatales. Estas visitas médicas periódicas permiten monitorear el desarrollo fetal, identificar factores de riesgo y prevenir posibles complicaciones para la madre y el bebé (NIH, 2021; OMS, 2016). La OMS (2016), recomienda al menos ocho consultas prenatales durante el embarazo para reducir

considerablemente la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, ya que estas, ofrecen la oportunidad de proporcionar educación sobre la salud, detectar signos de alarma y fortalecer el vínculo con el personal de salud; además, es fundamental para garantizar un enfoque integral que contemple tanto aspectos biomédicos como psicosociales, incluyendo la salud mental, el apoyo emocional y las condiciones sociales que puedan influir en la experiencia del embarazo (Hampton et al., 2022).

Aún con una atención prenatal adecuada, el embarazo puede ser un proceso físicamente exigente para las mujeres, ya que pueden presentarse náuseas, cambios sensoriales o dolor pélvico que afectan la calidad de vida de la madre (NIH, 2021). Asimismo, algunas condiciones de salud específicas pueden surgir durante la gestación y comprometer el bienestar de la madre, del feto o de ambos. Entre estas complicaciones se encuentran la presión arterial elevada, la diabetes gestacional, diversas infecciones y la preeclampsia, las cuales aumentan el riesgo de parto prematuro, aborto espontáneo y muerte materna (Hampton et al., 2022; NIH, 2021).

Los problemas de salud mental constituyen otra de las dificultades más frecuentes durante el embarazo y el posparto; la depresión y la ansiedad son de los más latentes, afectando de 10 a 15 de cada 100 mujeres (Royal College of Psychiatrists, 2024). Los cuadros depresivos tienen una prevalencia del 7-15% en países de ingreso alto y del 19-25% en países de ingresos medios y bajos. En el posparto, dicha prevalencia se aproxima al 10% y 20% respectivamente (Coo et al., 2021), mientras que los síntomas de ansiedad tienen una prevalencia del 18% al 25% durante el embarazo y el 15% durante los primeros 6 meses posnatales (Hampton et al., 2022). A su vez, de acuerdo con datos proporcionado por la OMS (2023), la

razón de mortalidad materna a escala mundial en el año 2020 fue de 223 por cada 100, 000 nacidos vivos, habiendo una reducción del año 2000 al 2020 de un 34%; siendo el cuidado prenatal, los cuidados durante y después del parto, los principales factores prevenibles de dichas muertes.

En este contexto global, resulta relevante observar la situación particular de México, donde 2 de cada 10 mujeres desarrollan depresión durante el embarazo y durante el primer año tras el parto, y el 75% no son diagnosticadas y no reciben el tratamiento ni la atención adecuada. Variables como bajo nivel de escolaridad, desempleo, embarazo no deseado, ser madre soltera, violencia de género, prenatal u obstétrica aumentan el riesgo de desencadenar depresión (Secretaría de Salud, 2023). Mientras que la razón de mortalidad materna calculada es de 16.5 defunciones por cada 100 mil nacimientos estimados en el año 2024, lo que refleja una disminución del 47.4% en comparación con el año anterior, siendo Guerrero, Jalisco, Campeche, Chihuahua y Estado de México los estados con más defunciones maternas (Secretaría de Salud, 2024).

Estas problemáticas adquieren una dimensión aún más compleja cuando se analizan en grupos históricamente vulnerados, como es el caso de las mujeres autistas. Estas mujeres pueden presentar un mayor riesgo de resultados adversos para la salud, incluidos los relacionados con el embarazo y el periodo perinatal, además de enfrentar dificultades en el acceso y la calidad del cuidado médico, un mayor impacto en la salud mental y un riesgo elevado de violencia obstétrica (Sundelin et al., 2018). Esta última constituye un grave problema estructural y es considerada un tipo de violencia hacia las mujeres, ejerciéndose principalmente en mujeres en condiciones

de vulnerabilidad: mujeres racializadas, migrantes, empobrecidas, jóvenes y con discapacidad (Rodríguez-Garrido y Yupanqui-Concha, 2023).

En este sentido, el acceso oportuno a cuidados prenatales resulta fundamental para reducir y prevenir complicaciones, ya que estas consultas permiten monitorear la salud materna y fetal, detectar signos de alarma y atender afecciones físicas o emocionales antes de que se agraven y con esto, garantizar un embarazo saludable; además, los cuidados prenatales también pueden ayudar a la detección de problemas de salud mental relacionados con el embarazo, como depresión y ansiedad (NIH, 2020, 2021).

Sin embargo, aun cuando el cuidado prenatal es esencial, diversos estudios (Hampton et al., 2020, 2021, 2022; Pohl et al., 2020) han documentado que las mujeres autistas enfrentan obstáculos significativos para acceder a una atención adecuada. Entre las barreras más frecuentes se encuentran las dificultades de comunicación, barreras sensoriales, dificultad para procesar información verbal ante la atención médica con una persona proveedora de salud, así como también consideran un problema, lidiar con el entorno sensorial de los centros de atención de salud. A lo anterior, se suma que el personal de salud no siente que tengan la capacidad o el conocimiento suficiente para brindar una atención adecuada a las mujeres autistas, ni conocimiento acerca de la condición del autismo en personas adultas, mismo desconocimiento que es percibido por las mujeres autistas (Hampton et al., 2021, 2022, 2023; Pohl et al., 2020). Esta falta de atención suficiente y digna se convierte a su vez, en una manera de victimización secundaria provocada por el sistema de salud al que se dispone (Angustias, 2023).

Por lo anterior, es posible que la experiencia de la maternidad sea algo complejo para las mujeres autistas, debido a las amplias barreras estructurales a las que se enfrentan durante a lo largo del proceso, las cuales influyen en los significados que construyen sobre sus vivencias de embarazo y parto. No obstante, se conoce muy poco acerca de las experiencias y significados del embarazo y parto en mujeres autistas (Hampton et al., 2021; Talcer et al., 2021; Winnard et al., 2022). Estos significados hacen referencia a las construcciones simbólicas, emocionales, culturales y sociales que las mujeres otorgan a la experiencia de gestar y dar a luz (Leavitt, 2009; Martin, 2001).

En este sentido, comprender dichos significados exige reconocer que no son universales ni homogéneos, sino que están atravesados por identidades sociales como el género, la clase social, la etnicidad, la edad, la discapacidad, la religión y el contexto histórico. De esta forma, los procesos reproductivos no sólo se viven como procesos biológicos, sino también como experiencias que están cargadas de valores, expectativas, normas y emociones que se diferencian en cada persona. Desde una perspectiva interseccional, los significados se obstaculizan aún más, ya que las condiciones estructurales influyen en cómo las mujeres autistas perciben, viven y resignifican su vivencia reproductiva (Crenshaw, 1991; Leavitt, 2009; Martin, 2001).

En consecuencia, estas desigualdades estructurales también se manifiestan en los servicios de salud, donde en muchas ocasiones el personal de salud no tiene la información suficiente para atender adecuadamente la heterogeneidad de las neurodivergencias. A lo anterior, se suman prejuicios injustificados que se traducen en actos de violencia que impiden a las mujeres autistas obtener una atención médica

de calidad, lo que las lleva de cierta manera, a una situación de desventaja notable. Frente a eso, el equipo de salud que atiende a personas neurodivergentes (específicamente a mujeres autistas), debe ser personal informado, respetuoso y capacitado. Resulta crucial concientizar al personal de salud sobre la importancia de brindar una atención oportuna hacia mujeres autistas, promoviendo la incorporación de ajustes razonables que garanticen un acceso digno y equitativo a los servicios de salud (Angustias, 2023; Rodríguez-Garrido y Yupanqui-Concha, 2023).

En esta misma línea, es importante comprender que ser una mujer autista no se reduce solo a tener un diagnóstico médico de autismo, sino que también puede involucrar el autoidentificarse como autista y reconocerse dentro del espectro como parte de la propia identidad. Como menciona Reaño (2022), el autismo no debería entenderse solamente como una condición médica, sino como una forma de ser y de estar en el mundo que no puede ser separado de la persona. Desde esta perspectiva identitaria, muchas mujeres autistas atraviesan presiones sociales que las llevan a intentar encajar o evitar el estigma, lo que en ocasiones se expresa mediante el camuflaje o enmascaramiento, que son estrategias de afrontamiento utilizadas para mejorar su ajuste social. Dichas estrategias, pueden adoptarse de múltiples maneras según las características, circunstancias, necesidades y contextos de cada mujer. Estas necesidades de apoyo también pueden variar ampliamente debido a niveles de apoyo requeridos por las mujeres autistas; los cuales pueden ir desde requerir apoyo (nivel 1), requerir un apoyo importante (nivel 2) a requerir un apoyo muy importante (nivel 3; López y Rivas, 2014; Ruggieri, 2024).

Lo anterior, podría explicar el diagnóstico tardío en mujeres autistas, el retraso en la búsqueda de atención y a la presencia más elevada de algunas condiciones como ansiedad y depresión. Es importante aclarar que, el camuflaje no es una característica inherente del autismo, más bien es de naturaleza transaccional y que surge con la interacción de la persona autista y las demandas del entorno. Se ha reportado que las mujeres autistas se camuflan con el propósito funcional en espacios laborales o educativos, observándose mayor camuflaje en mujeres que en hombres autistas, ya que las mujeres autistas, son quizá más conscientes de sus desafíos en situaciones sociales (Ruggieri, 2024).

En este marco identitario y social, también resulta necesario señalar que la comunidad autista prefiere el término de *persona autista*, en lugar de expresiones como *persona con autismo*, ya que este lenguaje que está centrado en la identidad se percibe como menos estigmatizante y discriminatorio (Donovan, 2020). Si bien, esta identidad es mayoritariamente reconocida por las personas autistas, no representa a toda la comunidad autista.

Esta diversidad de experiencias, identidades y necesidades se vuelve especialmente relevante cuando se analizan las condiciones de acceso a la salud materna. En México, las mujeres autistas enfrentan múltiples barreras en el acceso a servicios de salud materna; estas barreras incluyen la falta de protocolos clínicos adaptados, la escasa capacitación del personal médico en neurodiversidad y la invisibilización de sus necesidades específicas. Estas dificultades se agravan por el diagnóstico tardío de autismo, lo que limita la identificación y atención adecuada de sus necesidades durante el embarazo y el parto. A ello se suman las expectativas

sociales sobre la maternidad, que pueden intensificar el estrés y afectar su bienestar no sólo en el proceso de gestación, sino también en el parto y la crianza (Hampton et al., 2021; Pohl et al., 2020; Rogers et al., 2016).

Frente a este escenario, la Secretaría de Salud (2020), incorporó en su Programa de Acción Específico de políticas de salud pública y promoción de la salud el objetivo de impulsar políticas que promuevan la igualdad de género, la no discriminación y la inclusión de grupos vulnerables en los programas y acciones de salud pública de entidades federativas y en instituciones de salud. Asimismo, Rodríguez, 2025, informó que el Instituto Nacional de Perinatología (INPer) ha desarrollado lineamientos específicos para la vigilancia prenatal y atención obstétrica de mujeres autistas; estos lineamientos están diseñados para ser implementados en los tres niveles de atención del sector salud, marcando así, un avance importante hacia una atención más inclusiva y adaptada a las necesidades de esta población.

Estas iniciativas se alinean con los ODS, particularmente con los que buscan promover sociedades más inclusivas y justas. Entre ellos está el ODS 3 (Salud y bienestar), el cual pretende garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas las personas en todas las edades. Asimismo, se relaciona con el ODS 10 (Reducción de las desigualdades), orientado a disminuir brechas tanto dentro de los países como entre ellos, especialmente en grupos históricamente excluidos como las mujeres autistas. Finalmente, estas acciones también fortalecen el ODS 5 (Igualdad de género), ya mencionado, que pretende eliminar todas las formas de discriminación y violencia hacia niñas y mujeres, promoviendo su participación plena en la vida social, económica y pública (Rodríguez, 2025). En conjunto, estos ODS establecen

un marco normativo y ético que orientan las responsabilidades institucionales y visibiliza la urgencia de transformar los sistemas de salud para dar respuesta a la diversidad de experiencias reproductivas y garantizar una atención equitativa.

A partir de este marco, avanzar hacia una atención integral de la salud materna de mujeres autistas en México requiere una transformación estructural del sistema de salud. Para eso, es indispensable impulsar la capacitación del personal de salud, siendo necesario desarrollar programas de formación en neurodiversidad que faciliten la identificación y atención de las necesidades específicas de mujeres autistas durante el embarazo, parto y posparto. También es importante la creación e implementación de protocolos clínicos adaptados, difundidos en todas las instituciones de salud, asegurando su aplicación efectiva y evaluando su impacto en la calidad de la atención. De igual forma, es importante la participación de mujeres autistas en la formulación de políticas, ya que es un elemento clave para incluir las voces y experiencias de estas mujeres en el diseño y evaluación de políticas públicas relacionadas con la salud materna, garantizando que las estrategias diseñadas respondan a sus experiencias, realidades y necesidades, asegurando de esta manera soluciones inclusivas y socialmente informadas (Rodríguez, 2025).

En esta misma dirección, el ámbito de enfermería desempeña un papel central en la construcción de entornos de atención más accesibles y respetuosos. Existe una necesidad urgente de realizar ajustes en la comunicación con las mujeres autistas durante el embarazo y parto, lo que implica, no solo mejorar la manera en que se proporciona información, sino también, comprender el mecanismo del procesamiento de dicha información para responder adecuadamente a sus inquietudes. Además,

resulta determinante que las y los profesionales de enfermería amplíen su conocimiento sobre autismo, ya que el proceso de embarazo y parto puede vivirse y significarse de formas distintas entre mujeres autistas. La falta de reconocimiento de estas diferencias constituye una barrera importante para una atención adecuada y humanizada en estos procesos (Hampton et al., 2022).

Esta necesidad se vuelve más evidente al considerar los hallazgos de investigaciones realizadas en Reino Unido, Italia y Estados Unidos (Calistro et al., 2023; Hampton et al., 2021, 2022; Libster et al., 2024; Pohl et al., 2020; Talcer et al., 2021; Winnard et al., 2022), donde se ha documentado que las mujeres autistas presentan riesgo de experimentar depresión y ansiedad durante el embarazo, además encontraron que se sentían incomprendidas o no escuchadas por los profesionales de salud, habiendo una falta de entendimiento en sus consultas prenatales. Sin embargo, no existe ningún estudio que aborde el significado de las mujeres autistas al proceso de embarazo y parto contemplando intersecciones, tampoco ningún estudio realizado en contextos latinoamericanos ni mexicanos, lo que pone en evidencia una brecha en el conocimiento y subraya la urgencia de desarrollar investigación que permita orientar prácticas de enfermería culturalmente pertinentes y sensibles a la neurodiversidad (Hampton et al., 2021, 2022; Pohl et al., 2020; Talcer et al., 2021).

En la revisión de la literatura sobre las experiencias del proceso de embarazo y parto en mujeres autistas, toma relevancia que la mayoría de los estudios provienen de países industrializados, donde factores como un alto nivel de escolaridad y un buen nivel socioeconómico o de clase, son determinantes para la vivencia de este proceso en la vida de la mujer autista. Esto abre la necesidad de interrogar y comparar

distintas realidades, particularmente con países en desarrollo como México. Para darnos una idea de las diferencias, el salario mínimo promedio mensual en países como Reino Unido y Alemania, es de aproximadamente 38, 140 a 47, 675 pesos mexicanos, mientras que, en México, el salario mínimo promedio mensual es de 26, 860 pesos mexicanos; siendo de 19, 336 pesos para las mujeres y para las personas con discapacidad, el ingreso es 31.6% menor que el promedio nacional (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2023).

Esta desigualdad económica ya mencionada, no es un factor aislado, sino que forma parte de un conjunto entrecruzado de condiciones estructurales (como el tener un empleo, vivienda digna y buen nivel socioeconómico) que juegan un papel importante a la hora de definir las vivencias de las mujeres en los distintos procesos o etapas de la vida (Crenshaw, 1991). La anterior relación existente de la que se hace mención se comprenderá mejor con el marco teórico que plantea la teoría de la interseccionalidad, la cual proporciona una visión más integral de cómo diversas identidades sociales interactúan de manera compleja para mostrar desigualdad social (Bowleg, 2012). Existen investigaciones dirigidas al análisis de la intersección entre género y discapacidad, las cuales han mostrado que las narrativas culturales relacionadas con la discapacidad moldean las expectativas que la sociedad tiene con relación a las mujeres que viven esa experiencia (discapacidad). Así, esos testimonios tienen como efecto la producción de innumerables violaciones de derechos contra las mujeres con discapacidad (Gesser et al., 2022).

Resulta urgente desarrollar una mirada crítica que articule los aportes del feminismo interseccional, los estudios de la discapacidad y las experiencias vividas por mujeres autistas, con la finalidad de cuestionar los discursos normativos sobre la maternidad y proponer alternativas políticas y educativas que reconozcan la diversidad humana. La incorporación de la perspectiva interseccional en las investigaciones y prácticas sociales en diferentes campos de conocimiento pueden contribuir inmensamente para romper con las prácticas que conducen a la opresión de personas con discapacidad y otros grupos oprimidos por la articulación entre el sexismo, el racismo, el clasismo, la Lgbtphobia y el capacitismo (Gesser et al., 2022).

Por lo anterior, se considera que conocer los significados de las experiencias prenatales y del parto de mujeres autistas, resultará fundamental para promover una atención más adecuada y sensible a sus necesidades. Este conocimiento permitirá identificar ajustes razonables necesarios que ayuden a disminuir la brecha existente en relación con este tema, y así, contribuir a la disminución de riesgos prenatales y problemas de salud mental asociados, o complicaciones que puedan surgir con el embarazo y/o parto. Por lo tanto, el objetivo general del presente estudio es analizar los significados que otorgan las mujeres autistas al proceso de embarazo y parto a través de las intersecciones, género, clase y discapacidad.

Marco Teórico

El presente marco, se fundamenta en la llamada Teoría de la Interseccionalidad, la cual puede ser vista como un marco analítico, metodológico y un paradigma, más que ser visto como una teoría comprobable tradicional. Está derivada de estudios críticos sobre raza y género, así como también de los

movimientos sociales antirracistas y feministas (teoría feminista) en Estados Unidos (Bowleg, 2012; Roth, 2012).

La interseccionalidad es una de las grandes aportaciones conceptuales del feminismo en los últimos años; la visión que se obtiene del estudio de los distintos modos de discriminación ha permitido identificar la diversidad de las relaciones generadas por el sometimiento por diferentes motivos: por razones de orientación sexual, de género, nivel socioeconómico, discapacidad, religión, entre otras (La Barbera, 2016). Por lo tanto, la teoría interseccional es una teoría social y política que intenta visibilizar un conjunto de formas de opresión/discriminación que son invisibilizadas. Se anuncia como una teoría crítica frente a la teoría feminista que la califica de etnocéntrica y se le considera patriarcal, a la teoría contra las discriminaciones raciales (Gelabert, 2017).

Teoría Crítica

La teoría crítica, es una teoría que fue introducida con el fin de enmarcar diferencias entre las nociones existentes en un tiempo existente y una teoría tradicional, la cual fue propuesta por Max Horkheimer en el año 1938. Teoría crítica, es un término que a la par de que es una teoría, busca una comprensión del acontecimiento histórico y cultural de la sociedad, también pretende posicionarse en fuerza mediadora de las luchas y contradicciones sociales. La teoría crítica aporta un esquema de trabajo que va más allá de lo simple, los estereotipos y la rigidez de las interpretaciones tradicionales acerca del avance del conocimiento científico en el entorno social (Gamboa, 2011).

Teoría Feminista

Con la aparición del pensamiento feminista negro en los Estados Unidos, se le dió énfasis a la relación que tienen la raza, el género y la clase de manera interseccionada en las experiencias de vida de las personas. Hasta entonces se empezó a cuestionar la esencia del término de género por las feministas afroamericanas. Los conceptos de género y raza, estaban definidos con base a la generalización de que todas las mujeres son blancas y todos los hombres son negros, haciendo hincapié en que el significado de género está definido desde los patrones de las experiencias de las mujeres blancas, los modelos familiares de clase media de esa época, y de formación cristiana, ignorando de qué manera, determinantes importantes como la raza, la clase y la orientación sexual conforman también el hecho de ser mujer (La Barbera, 2017).

En el intento de acabar con las distintas formas de opresión de todas las mujeres de color, se apelaron los sistemas de opresión que estaban entrelazados, para de esta forma, enfrentar la interconexión entre el patriarcado, heterosexualidad, el racismo, entre otras. Las interconexiones entre género, raza y clase, ha sido llamada la trinidad sagrada de los estudios feministas de la tercera ola del movimiento (La Barbera, 2017).

Teoría de la Interseccionalidad

La teoría de la interseccionalidad, creada por la jurista y filósofa afroamericana Kimberlé Crenshaw en el año 1980, ha revolucionado nuestra comprensión y enfoque sobre las desigualdades y discriminaciones en la sociedad. Esta teoría sostiene que las personas no sufren opresiones de manera aislada, sino que

éstas se entrelazan e interactúan, creando situaciones únicas y complejas de desventaja y vulnerabilidad (Zabala y Fundora, 2022).

Por ejemplo, una mujer negra no enfrenta solo el sexismo debido a su género ni únicamente el racismo por su origen étnico; en cambio, experimenta una discriminación específica que surge de la intersección de ambos sistemas opresivos, el género y la raza. La teoría de la interseccionalidad cuestiona los enfoques tradicionales que analizan las desigualdades de manera fragmentada y destaca que las experiencias de vida están influenciadas por múltiples factores inseparables, como la raza, el género, la clase social, la discapacidad y la orientación sexual, entre otros.

Crenshaw sostiene que las políticas públicas, los movimientos sociales y el activismo deben incorporar una perspectiva interseccional para abordar eficazmente las realidades de los grupos que enfrentan discriminaciones entrelazadas. Su trabajo ha sido crucial para dar visibilidad a las experiencias de las mujeres de color y otros colectivos marginados, cuyas voces a menudo han sido silenciadas o invisibilizadas en los discursos predominantes. La teoría de la interseccionalidad ha tenido un impacto significativo en los estudios legales, feministas, raciales y en la lucha por la justicia social (Crenshaw, 1991).

Crenshaw (1989), utiliza el concepto de interseccionalidad para anunciar las diversas formas en qué la raza y el género interactúan para dar resultado a las múltiples dimensiones de las expresiones laborales de las mujeres negras. Nos podemos referir a la interseccionalidad, como una metáfora usada para mostrar cómo las distintas formas de discriminación interactúan y se constituyen mutuamente una con otra (La Barbera, 2016).

Se distinguen dos tipos de interseccionalidad: la estructural y la política; la interseccionalidad estructural, se refiere a la experiencia interseccional que viven los individuos o grupos que sufren opresión interseccional, mientras que la interseccionalidad política, hace mención al marco teórico que subyace a las políticas públicas de igualdad, que visibiliza o no, dichas experiencias interseccionales (Gelabert, 2017).

Hasta la aparición del pensamiento feminista negro en Estados Unidos, la simultaneidad de raza, género, clase, discapacidad y su intersección en las experiencias de las personas han sido tomadas en serio (Belkhir, 2009, como se cita en La Barbera, 2017); con la interseccionalidad, dichas relaciones o intersecciones, nos permiten saber de qué manera el género, la clase y la discapacidad, interactúan para conformar las distintas dimensiones de desventajas que definen las experiencias de las mujeres autistas (La Barbera, 2017).

Cuando coexisten distintas causas de discriminación (género, clase y discapacidad), pueden querer ser individualizadas, pero el intento de dividir la identidad de una persona en la intersección de género, clase y discapacidad frecuentemente distorsiona o ignora la naturaleza particular de sus experiencias. La interpretación de la discriminación múltiple a través de una perspectiva interseccional permite identificar que se trata como un conjunto que es más que la suma de sus partes (La Barbera, 2017).

La discriminación se puede producir en la intersección de género, clase y discapacidad y el hecho de clasificar la discriminación como fundamentalmente orientada a estas intersecciones, modifica la realidad de la discriminación tal y como

es experimentada por los individuos; se habla de experiencias interseccionales como aquellas que las mujeres viven cuando no son recogidas como un grupo, cuando los ejes de representación de las relaciones de poder se estructuran o bien en términos sexuales o raciales (La Barbera, 2017; Crenshaw, 1989).

Significados de mujeres autistas en su proceso de embarazo y parto basada en la teoría de interseccionalidad.

Desde la perspectiva de la teoría de la interseccionalidad, los significados de embarazo y parto de las mujeres autistas están influenciadas por la interacción entre su condición neurológica y otras identidades sociales como el género, la raza, la clase social y otros sistemas de opresión como la discapacidad o capacitismo. La combinación de ser mujer, ser autista y en algunos casos, pertenecer a una clase social baja, conlleva un mayor riesgo de enfrentar desafíos específicos que resultan de la convergencia de múltiples formas de discriminación y barreras de accesibilidad (Rodríguez-Garrido, 2023).

En primer lugar, el modelo médico predominante tiende a patologizar y estigmatizar tanto el autismo como las experiencias de las mujeres en relación con el embarazo y el parto, lo que puede provocar situaciones de discriminación interseccional. Además, las necesidades específicas de las mujeres autistas, como la hipersensibilidad sensorial, las dificultades de comunicación y la necesidad de rutinas predecibles, suelen ser ignoradas o minimizadas en entornos médicos concebidos principalmente para personas neurotípicas (Rodríguez-Garrido, 2023).

Las mujeres autistas de color o pertenecientes a comunidades marginadas enfrentan desventajas adicionales, ya que sus experiencias están influenciadas por el

racismo, la pobreza y otras formas de opresión interseccional. Esto puede resultar en barreras para acceder a servicios de salud de calidad, una falta de representación y comprensión cultural por parte de las personas profesionales de salud, y una mayor vulnerabilidad a la discriminación y el trato injusto.

La teoría interseccional enfatiza la relevancia de identificar y enfrentar las diversas dimensiones de la identidad y la opresión que convergen en las vivencias de las mujeres autistas durante el embarazo y el parto. Esto requiere adoptar un enfoque integral, centrado en la individualidad de cada persona, que considere sus necesidades particulares, proporcione ajustes y apoyo adecuados, y cuestione los prejuicios y obstáculos sistémicos que estas mujeres encuentran en el sistema de atención médica.

Estudios Relacionados

A continuación, se presentan algunos artículos en los que se abordaron las experiencias de mujeres autistas durante su proceso de embarazo y parto.

Hampton et al. (2021) llevaron a cabo un estudio cualitativo en el Reino Unido, el cual tuvo como objetivo: explorar las experiencias del parto y posparto, incluidas las experiencias de atención médica y los beneficios y desafíos de la maternidad. Las participantes fueron reclutadas a través de la unidad de ultrasonido del Hospital de Maternidad Rosie en Cambridge, la Base de Datos de Investigación sobre el Autismo de Cambridge (CARD), grupos de apoyo relacionados con el autismo y el embarazo, redes sociales y anuncios en revistas; el criterio inclusión fue el siguiente: mujeres embarazadas con o sin diagnóstico de autismo. La muestra estuvo constituida por 21 mujeres autistas y 25 mujeres no autistas, a las cuales se les aplicaron entrevistas semiestructuradas de manera presencial o de forma remota,

principalmente por videollamada o teléfono, incluso, dos participantes optaron por dar las respuestas por correo electrónico.

Los resultados se presentaron en diversos subtemas, y se obtuvo que, en los desafíos físicos y emocionales del nacimiento (explora la valoración de los participantes en el parto, como el dolor, experiencias sensoriales y expectativas) ambos grupos encontraron desafiantes el dolor del parto: “fue muy, muy doloroso” (B, autista); algunas mujeres autistas sintieron que el dolor era menos desafiante que los problemas sensoriales: “no tenía problemas con las contracciones ni con todos los demás dolores, pero el simple hecho de que alguien me tocara mientras hacía todas esas cosas me pondría más allá de mis límites” (S, autista); algunas madres autistas encontraron desafiante el ambiente sensorial de la sala posnatal, incluido el ruido de los bebés llorando, la música y los visitantes, otras tuvieron partos complicados que no cumplieron con las expectativas iniciales.

En cuanto a si se sintieron informadas por las y los profesionales de salud, algunas madres autistas expresaron lo siguiente: “yo hice preguntas y me respondieron directa y honestamente y eso ayudó a generar mucha confianza” (O, autista); sin embargo, algunas mujeres autistas sintieron que no se les mantuvo adecuadamente informadas: “seguían diciendo que iban a romper aguas y que esperaríamos como cinco horas e íbamos a perseguirlos y ellos decían: “oh no, no tenemos a nadie que lo haga ahora”, pero lo habían hecho. No vienes y nos dices espera y así la cuarta vez que sucedió, simplemente lo perdí por completo y lloré durante unas seis horas” (I, autista).

Talcer et al. (2021), realizaron un estudio cualitativo en el Reino Unido, el cual lo determinó una muestra de 7 madres autistas y tenía como objetivo, explorar las experiencias sensoriales de madres autistas e investigar si esas experiencias sensoriales tienen algún significado en el papel de la participante como madre y cuáles pueden ser las consecuencias de esto. Las participantes fueron seleccionadas después de responder un folleto del estudio publicado en plataformas de redes sociales y la Base de datos de investigación sobre el autismo de Cambridge (CARD); los criterios de inclusión fueron sentirse identificada como mujer, ser diagnosticada como autista por un profesional, vivir con su hijo/a, vivir en Reino Unido, tener acceso a internet o estar dispuesta a usar teléfono, hablar inglés y ser mayor de 18 años; se utilizaron entrevistas semiestructuradas ejecutadas a través de vía telefónica.

Los principales resultados obtenidos fueron: durante el embarazo, todas las participantes informaron que el embarazo hizo que sus experiencias sensoriales fueran notablemente más intensas y para la mayoría, las sensaciones internas del embarazo eran muy difíciles de afrontar: “cuando el (bebé) empezó a moverse dentro de mí fue insoportable. Fue horrible porque solía tener hipo. Tose bastante, quiero decir que lo aguantes, pero fue simplemente horrible. Solía describirlo como si tuviera un extraterrestre dentro de mí”; además, las madres tuvieron muchas citas médicas durante el embarazo, lo que resultó difícil tanto a nivel social como sensorial: “mis embarazos fueron desagradables y todo podría haber sido mucho más sencillo y fácil para mí, si ellos (las y los profesionales de la salud) hubieran hecho pequeños cambios; habría marcado una gran diferencia, especialmente para una

madre autista”; la mayoría experimentaron enfermedades graves y prolongadas durante el embarazo.

En cuanto al trabajo de parto y el nacimiento, ninguna de las participantes estaba diagnosticada en el momento del parto, otras no se sintieron escuchadas por los profesionales de salud y les resultó difícil durante todo el proceso de parto verbalizar y explicar lo que estaban experimentando, tampoco sentían que el personal de salud pudiera comprender ni satisfacer sus solicitudes de adaptación al entorno físico y sensorial, lo que provocó un alivio insuficiente del dolor: “(El parto) fue difícil, especialmente cuando tienes que ser tocada por personal médico, no me gusta nada que nadie me toque, ni siquiera mis hijos, a veces ni siquiera mi pareja, me dolía. Es difícil de explicar, pero dolió... Fue horrible, fue realmente horrible porque hay gente entrando todo el tiempo a la habitación, las luces son muy brillantes, hay mucho ruido, lo que me afectó enormemente fue que podía escuchar, porque mi oído es tan claro que puedo escuchar a las mujeres de lejos en el parto y te afecta, pero tratando de explicar eso a otras personas simplemente no entienden, no entienden”.

Hampton et al. (2022) realizaron un estudio en el Reino Unido, con el objetivo de explorar las experiencias del embarazo de las madres autistas, desde una perspectiva cualitativa sobre las experiencias de 24 madres autistas durante el embarazo y 21 mujeres neurotípicas, mediante entrevistas semiestructuradas aplicadas de manera presencial, por videollamada o teléfono. El estudio demostró tres temas principales: 1) el impacto físico y psicológico del embarazo, 2) el impacto del apoyo formal e informal y 3) miedos y esperanzas de la maternidad (cabe aclarar que

solo se compartirán resultados relacionados con las variables de interés dentro de este contexto).

En cuanto al tema el impacto físico y psicológico del embarazo, se exploró el impacto de los cambios sensoriales, el impacto de otros cambios físicos como náuseas matutinas, el dolor, el cansancio y la adaptación corporal y el impacto emocional y, las presiones sociales del embarazo. De acuerdo al impacto de los cambios sensoriales, las madres autistas informaron una mayor sensibilidad a olores y sabores durante el embarazo, también informaron cambios relacionados con el sonido, las luces y el tacto: “Tengo como un trastorno del procesamiento sensorial con ruidos y ligeros toques y olores y sonidos y todo eso se magnifica y amplifica” (S, autista); una participante informó una mayor sinestesia: “si escucho la bocina de un auto muy fuerte o algo así, por ejemplo, siento como si algo me estuviera golpeando”; en el impacto de otros cambios físicos, algunas participantes de ambos grupos informaron pocos problemas con las náuseas matutinas, tres participantes autistas informaron que las náuseas matutinas interrumpieron su trabajo y algunas informaron haber experimentado vómitos muy frecuentes: “en un momento estaba vomitando 20 veces al día” (B, autista); incluso varias madres autistas hablaron sobre dolores en las articulaciones y ligamentos, y asimismo, tres madres autistas experimentaron dolor en la cintura pélvica: “sé que el autismo puede estar asociado con problemas de ligamentos sueltos, pero mis caderas en tres de los cuatro (embarazos) se desmoronaron por completo” (C, autista), también les resultó difícil adaptarse a los cambios rápidos en el tamaño y la forma del cuerpo: “con mi cuerpo cambiando de forma, mi centro de gravedad cambiando, mi equilibrio cambiando,

siento como, OK, he tenido 30 años para acostumbrarme a este cuerpo y ahora es diferente, las reglas han cambiado. Tengo que descubrir nuevas formas de moverme y estar en mi cuerpo” (S, autista).

En los resultados del impacto emocional y las presiones sociales del embarazo, las madres comentaron un aumento de la ansiedad y un bajo estado de ánimo: “creo que soy bastante sensible a las hormonas, y al hablar con otras mujeres con Asperger creo que ellas también lo son” (O, autista). En los miedos y esperanza de la maternidad, se indagaron los miedos y esperanzas relacionados con el nacimiento y anticipación de los desafíos y beneficios de la maternidad. El parto a menudo presentaba una incógnita para ambos grupos, especialmente para aquellas que no habían dado a luz anteriormente.

Las madres autistas expresaron su preocupación por la comunicación con las y los profesionales de salud: “¿Podré no sólo comunicarme durante el parto sino también entender lo que la gente me dice? Si me dan instrucciones para pujar o lo que sea, ¿Cómo voy a procesar eso? (J, autista), y comentaron sobre los desafíos sensoriales de los hospitales: “debo ir a uno de los centros de maternidad donde puedes poner tu propia música y las luces son bastante bajas y no tienen mucha gente entrando y saliendo. Creo que eso me ayudara mucho con mis problemas” (J, autista), algunas eligieron un parto en casa para evitar los desafíos del entorno hospitalario: “en casa tienes el control sobre tu entorno, puedes controlar la iluminación, el ruido, sabes exactamente quien estará en la habitación” (C, autista).

Winnard et al., (2022), publicaron un estudio cualitativo fenomenológico en Reino Unido, en donde el objetivo de estudio fue, desarrollar la comprensión de las

preocupaciones, desafíos y beneficios experienciales y prospectivos para las madres con un diagnóstico y/o identidad de autismo; la muestra estuvo conformada por 8 mujeres autistas, las cuales se seleccionaron por muestreo por bola de nieve a través de un anuncio en un grupo de apoyo para el autismo en el norte de Inglaterra y, a través de un grupo de padres con autismo en las redes sociales; los criterios de inclusión fueron los siguientes; tener 18 años o más, sentirse identificadas como del género femenino, tener un diagnóstico formal de autismo y tener comprensión y fluidez verbal en inglés.

Dentro de los resultados, se identificaron seis temas superiores: maternidad: diversión y juegos, apoyo: dar y recibir, rutina y estructura, sensibilidades sensoriales, interacción y perspectiva única. En maternidad: diversión y juegos, se informó que una relación positiva entre madres e hijos es importante para brindar, compartir y recibir amor, la dificultad para acceder al apoyo especializado para las madres y sus hijos se identificó como un desafío particular para las madres con un diagnóstico y/o identidad de autismo. Se informaron luchas y frustraciones significativas al intentar acceder a servicios para satisfacer las necesidades de sus hijos, particularmente para aquellas madres que reconocieron que sus hijos tenían rasgos de ser persona autista; se informó que las madres autistas eran capaces de imprimir "positiva y útilmente" la rutina y la estructura dentro de la rutina diaria de un niño de manera más eficiente y efectiva que las madres sin un diagnóstico y/o identidad de autismo, debido a su propio esfuerzo innato por lograr una estructura.

Donovan, en el año 2020, realizó un estudio cualitativo con análisis interpretativo en Estados Unidos, titulado: Experiencias de parto de mujeres con

trastornos del espectro autista en un entorno de atención aguda; con el propósito de describir las experiencias de las mujeres autistas durante el parto, para obtener información que pudiera identificar mejor sus necesidades y determinar las intervenciones de enfermería adecuadas. Los criterios de inclusión para formar parte del estudio fueron; mujeres autistas que hayan dado a luz a un recién nacido a término en un entorno de atención aguda, hablar inglés como idioma principal, poder comprender el formulario de consentimiento y poder responder preguntas durante la entrevista; la muestra estuvo conformada por 24 mujeres autistas de Estados Unidos, Australia, Inglaterra y Escocia, seleccionadas mediante un muestreo intencional a través de redes sociales de distintas organizaciones autistas. Se utilizaron entrevistas semiestructuradas; 23 participantes fueron entrevistadas por vía telefónica (Skype, Facebook Messenger) y una participante fue entrevistada cara a cara: las entrevistas fueron grabadas en audio y se usaron notas de campo para la ayudar a describir observaciones durante la entrevista.

Los resultados obtenidos demostraron que las mujeres autistas manifestaron dificultad para comunicarse, la mayoría de las participantes describieron algún grado de desafío cuando se comunican con los demás en la vida diaria, muchas creían que el estrés, el dolor y la pérdida de control que experimentaron durante el parto hicieron que los desafíos fueran más pronunciados a la hora de comunicarse con enfermería; surgieron varias subcategorías o subtemas: intentando encontrar las palabras adecuadas, ser malinterpretada y, dificultad para comprender lo que se dice.

En la subcategoría “Intentando encontrar las palabras adecuadas”, muchas participantes experimentaron dificultades para comunicar a las enfermeras cómo se

sentían, algunas sintieron que sus preocupaciones eran ignoradas y algunas descubrieron que el estrés y el dolor del parto las dejaba a veces incapaces de comunicarse con las enfermeras. En la subcategoría “Ser malinterpretada”, algunas mujeres autistas, al comunicarse con sus enfermeras se sintieron a veces malinterpretadas; ser malinterpretada fue estresante y molesto para las participantes, además, que una enfermera percibiera incorrectamente sus acciones afectó la comunicación. En la última subcategoría “Dificultad para comprender lo que se dice”, muchas describieron tener dificultades para comprender algunas de las preguntas que las enfermeras les hicieron durante el parto, algunas encontraron que sus dificultades de comprensión eran más pronunciadas debido al dolor, el cambio de rutina y/o el entorno hospitalario.

Un estudio realizado por Rogers et al., 2016, titulado “Problemas perinatales para mujeres autistas con pocos niveles de apoyo”; tuvo como objetivo explorar los problemas y experiencias particulares de las mujeres autistas, durante el embarazo, parto y maternidad temprana; fue de enfoque cualitativo con el marco de estudio de caso y se realizó en Australia. El reclutamiento se realizó a través de correo electrónico; algunas organizaciones de autismo anunciaron el estudio a través de sus boletines informativos o mediante notificaciones en sus sitios web, también, los investigadores publicaron un comunicado de prensa general por los medios de la universidad anfitriona, siendo solo una persona la que respondería.

Se utilizaron entrevistas en profundidad e intercambios de correos electrónicos para obtener los datos de análisis; se obtuvieron tres categorías: dificultades de comunicación y servicio, estrés sensorial y, desafíos en la crianza de

los hijos. En cuanto a las dificultades de comunicación y servicios menciona, “El hospital me estaba estresando”; la mujer autista tenía dificultades con los profesionales de salud, tenía una percepción muy fuerte de la forma en que la trataban y eso afectó su paso por el periodo perinatal, también tuvo dificultades cuando estaba en la sala después del nacimiento del bebé y sintió que la estaban tratando como una broma por algo que había hecho.

En la categoría estrés sensorial, menciona que su estrés sensorial comenzó a aumentar al realizar más visitas al hospital, sus experiencias más intensas ocurrieron durante los exámenes normales de embarazo, también se estresó mucho con los comentarios del personal médico sobre la hipersensibilidad de sus senos durante la lactancia: “Generalmente me decían esto no debería doler, como si fuera una niña traviesa por sentir dolor cuando me estaban palpando los senos”. Durante el parto, encontró algunas experiencias sensoriales, especialmente las relacionadas con la asistencia del personal, extremadamente perturbadoras.

Lewis et al., 2021, realizaron un estudio cualitativo en Estados Unidos, que tuvo como objetivo, explorar las historias de nacimiento de mujeres autistas para comprender cómo le dan sentido a la experiencia del parto. Se utilizó un análisis narrativo de Burke (llamado péntada dramática), en donde se identificó la escena (cuando/donde), agentes (quiénes), acto (qué), agencia (cómo) y propósito (por qué), en donde se exploró el desequilibrio de los elementos entre sí.

Se reclutó una muestra de 16 mujeres autistas a través del muestreo por conveniencia, por medio de grupos en línea relacionados con el autismo, por grupos de Facebook y Reddit, las cuales cumplieron con los siguientes criterios; tener 18

años o más, sentirse identificadas como autistas y haber tenido hijos, también se incluyeron mujeres que se habían auto diagnosticado como autista; los datos se recopilaron por entrevistas aplicadas en línea utilizando Lime-Survey (plataforma de encuesta segura), también se realizaron entrevistas por escrito a través de encuestas en línea en lugar de entrevistas por vídeo o teléfono (en función de las preferencias de comunicación de las mujeres autistas).

En los resultados principales, se encontraron desequilibrios entre la actuación y la agencia, escena: desequilibrios del agente y manteniendo el equilibrio, fueron las categorías mencionadas. En desequilibrio entre la actuación y la agencia se encontró que, varias participantes sintieron que estaban en labor de parto y que necesitaban ser hospitalizadas o que el trabajo de parto había avanzado, sin embargo, fueron desestimadas por los profesionales de salud, lo que las hizo sentir invalidadas, también sus quejas de dolor fueron minimizadas o ignoradas: “nadie (solo mi pareja) me creyó, porque no grité ni lloré, me mantuve firme, explicándole al cirujano y al anestesista exactamente lo que pude sentir que estaba sucediendo, pero ellos seguían insistiendo en que todo estaba en mi imaginación, y si realmente pudiera sentirlo, no podría quedarme allí hablando con ellos, yo estaría gritando. Ellos seguían insistiendo en eso hasta que mi presión arterial empezó a subir por las nubes. Me desmayé de dolor, y cuando volví en mí, ellos estaban entrando en pánico y tenía una máscara sobre mi cara dándome anestesia general”, muchas participantes sintieron que sus deseos sobre sus planes de atención fueron ignorados; la mayoría sintieron que hubo una falta de comunicación significativa durante el parto y, a menudo, informaron que no entendían por qué se tomaban ciertas medidas.

En la categoría escena: desequilibrios del agente, los hallazgos encontrados mencionan que, las participantes informaron que las experiencias sensoriales relacionadas con el nacimiento, como imágenes, sonidos, olores, presión y temperatura, exacerbaban las hipersensibilidades sensoriales existentes y provocaban malestar, disociación y trauma, lo que afectó su capacidad para comunicarse con los profesionales de salud y participar en el parto: “fue una situación de sobrecarga sensorial total, debido al ruido, las luces y la presión. Perdí el habla debido al estrés”, “me sentí tan abrumada que no podía hablar para contarle a nadie cuánto dolor sentía ni para pedir ayuda”.

Síntesis de estudios relacionados

Los estudios descritos en el apartado anterior demuestran que las madres autistas, están más propensas a presentar algunas enfermedades de salud mental, como lo son: el estrés, depresión y ansiedad; una mayor sensibilidad a olores y sabores durante el embarazo; así como también es más común que experimenten náuseas todos los días durante más tiempo, mayor dolor pélvico y sangrado vaginal durante el embarazo.

En la gran mayoría de los artículos anteriores, las mujeres autistas, se sintieron insatisfechas con el servicio o atención proporcionada por los profesionales de salud, ya que expresan que la mayoría de los profesionales de salud, no aclararon en totalidad sus dudas, no se sentían escuchadas e incluso sintieron que no las respetaban. Se puede señalar que algunos de los estudios analizados en la indagación relacionada fueron realizados por las mismas personas autoras. En las cuales analizan

las experiencias de las madres en sus distintas etapas de embarazo y parto, desde enfoques cualitativos.

Los estudios analizados son en su totalidad realizados en Reino Unido, Alemania, Italia e incluso Estados Unidos, países primermundistas, lo cual es de gran interés y relevancia realizar estudios en contextos menos favorables, como lo es México. Ya que los múltiples factores como, la clase social o nivel socioeconómico, la cultura, el espacio geográfico, la etnia, el tener una discapacidad, influyen de manera significativa a la hora de definir las experiencias de las mujeres en los distintos proceso o etapas de la vida (Crenshaw, 1991). Es interesante indagar con relación a los diversos contextos de estudio, al análisis y a la crítica de los estudios se percibe distinto tipo de atención, de enfoque y distintas interpretaciones subjetivas de las mujeres autistas en el proceso embarazo y parto desde sus experiencias y significados.

Los estudios descritos abordan algunos, las experiencias del solo proceso de embarazo, otros abordan, los procesos de parto y periodo postnatal, algunos otros estudian los tres procesos juntos (embarazo, parto, periodo postnatal), incluso abordan el proceso de parto y crianza, pero ninguno estudia las perspectivas del embarazo y los procesos de parto en un solo estudio, ni tampoco analizan el significado que le otorgan las mujeres autistas a las experiencias del proceso de embarazo y parto a través de las intersecciones como género, clase y discapacidad.

Definición de Términos

Significados

La definición de significados tiene distintas expresiones respecto a su concepto; se puede entender como aquellas representaciones que construye el sujeto por medio del uso de signos, el cual ocurre en dos momentos, primero surge en la relación y luego en el pensamiento. Un elemento central para construir los significados, son los objetos o acontecimiento y los signos, los cuales se expresan a través del lenguaje. Su función es permitir al hombre llegar a tener la capacidad de hablar sobre acontecimientos que se han transmitido culturalmente (Vygotsky, s.f., como se cita en Arcila et al., 2010).

Los significados se pueden entender también, como una construcción relacional que necesita de acciones y suplementos para ser contextualizada, es decir, el lenguaje no tiene significado por sí solo, adquiere su valor en la relación. Su función es favorecer la inclusión ya que en la medida que se construyen, deconstruyen y co-construyen en la relación, cualquier tipo de significado es válido (Kenneth Gergen, s.f., como se cita en Arcila et al., 2010).

Significados de embarazo y parto

Los significados de embarazo y parto en mujeres autistas se configuran como experiencias profundamente atravesadas por la neurología, el género, la normatividad social y las relaciones con los sistemas de salud. Para las mujeres autistas, estos procesos no solo implican transformaciones biológicas, sino también desafíos sensoriales, comunicativos y emocionales particulares, que muchas veces entran en

tensión con las expectativas sociales sobre la maternidad “neurotípica” (Hampton et al., 2022; Rogers et al., 2016).

Los significados que estas mujeres atribuyen al embarazo y al parto están mediados por su historia de vida, sus experiencias de diagnóstico, su acceso a apoyos adecuados y la validación (o negación) de su agencia en contextos clínicos y familiares (Leedham et al., 2020). Así, desde un enfoque interseccional, es clave reconocer cómo la condición autista interactúa con otras dimensiones como el género, la clase o la discapacidad, generando significados únicos y, muchas veces, invisibilizados en los discursos biomédicos tradicionales (Crenshaw, 1991; Mallipeddi y VanDaalen, 2022).

Género

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS; 2018), se puede definir género como: “los roles, las características y oportunidades definidos por la sociedad que se consideran apropiados para los hombres, las mujeres, los niños, las niñas y las personas con identidades no binarias. El género es también producto de las relaciones entre las personas y puede reflejar la distribución de poder entre ellas. No es un concepto estático, sino que cambia con el tiempo y el lugar”. Los roles, las responsabilidades o las relaciones relacionadas con el género, mayormente son punto de estigmatización, exclusión social y discriminación; lo que puede perjudicar en el estado de salud de una persona, el género también interactúa con el sexo biológico, aunque eso tiene otro significado (OMS, 2018).

Es importante mencionar que, Crenshaw (1989), utiliza la categoría “sexo” para designar la diferencia entre el grupo de los hombres y las mujeres, es decir, el término de sexo se aproxima más al de género que al de sexo. Es sorprendente que esta autora, no haya empleado el concepto de género, ya que desde la década de los 60, en los estudios feministas se mencionó la distinción entre sexo y género (Gelabert, 2017).

Clase

La estructuración de la sociedad en función de las diferencias existentes entre distintos grupos sociales es una de las visiones principales de la sociología. El concepto de clase se puede interpretar en términos gradacionales y de relación; en términos gradacionales implica separar la sociedad en grupos basados en distintas gradaciones de una característica específica, como, por ejemplo: el nivel de ingresos y de estudios. En cuanto a definición por termino relacional, este implica la existencia de una relación entre las clases (Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología y de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2000).

Discapacidad

La discapacidad es vista como el producto que surge de una interacción entre las características de una persona discapacitada y el entorno que lo rodea y se pueden abordar modificando o adaptando los entornos de la persona y la sociedad o transformando al individuo mediante la enseñanza de habilidades de adaptación para

su valoración (Dwyer, 2022). La discapacidad es ocasionada por las barreras impuestas por la sociedad misma a la persona neurodivergente, ya que las personas pueden tener impedimentos mentales y biológicas, pero dichos impedimentos son incapacitantes solo si la sociedad impone restricciones a estas personas (Dwyer, 2022).

Autismo

El autismo es una condición del desarrollo neurológico que dura toda la vida y se caracteriza principalmente por diferencias de desarrollo en tres áreas: 1) en las formas de interacción social, 2) en la comunicación y 3) en la flexibilidad conductual, cognitiva y de interés, conformado por conductas restringidas y repetitivas, dificultad para afrontar el cambio y diferencias en el procesamiento sensorial, que comúnmente son llamadas sensibilidad sensorial (Hampton et al., 2021, 2022; Samuel et al., 2021; Vázquez, 2015). Es importante mencionar que el término Trastorno del Espectro Autista (TEA), será sustituido por autismo, ya que es el término preferencial para nombrar al TEA dentro de los miembros de la comunidad autista, por ser considerado menos estigmatizante o discriminatorio (Talcer et al., 2021).

En el presente trabajo de investigación, de acuerdo con Donovan (2020), se recomienda un lenguaje que priorice la identidad de las mujeres, y se utiliza la expresión de mujeres autistas en lugar de mujeres con autismo. El lenguaje que prioriza la identidad reconoce que una persona con autismo no puede separarse de su condición, es parte de su identidad y comprende su cultura compartida.

Embarazo

El embarazo es el periodo en el cual un feto se desarrolla en el vientre o útero de una mujer. Este proceso suele durar aproximadamente 40 semanas, lo cual se calcula a desde el último periodo menstrual hasta el día del parto. Se hace referencia del embarazo en tres etapas de desarrollo denominados trimestres, los cuales se describen a continuación:

Primer trimestre: abarca desde la semana 1 hasta la semana 12, en este trimestre, se inicia con la fecundación (unión de un óvulo con un espermatozoide), después el ovulo fecundado ya llamado cigoto viaja por las trompas de Falopio hasta el útero, en donde se implanta en la pared uterina; el cigoto está formado por células que forman el feto y la placenta, la cual conecta a la madre con el feto y le proporciona nutrientes y oxígeno (NIH, 2020).

Segundo trimestre: abarca de la semana 13 hasta la semana 28 de embarazo. En este trimestre, se puede saber el sexo del producto, la mujer empieza a sentir que el feto se mueve, se forman las huellas dactilares, el feto se duerme y despierta regularmente (NIH, 2020).

Tercer trimestre: es el último trimestre del embarazo y abarca desde la semana 29 hasta el nacimiento del bebé. Durante la semana 32, los huesos del bebé son blandos, pero ya están casi formados en su totalidad, el feto puede abrir y cerrar los ojos. Los bebés nacidos antes de la semana 37 de gestación se consideran prematuros, los bebés nacidos durante la semana 38-40 se considera a término (NIH, 2020).

Durante el embarazo se presentan distintos signos y síntomas, generalmente tres semanas después de la fecundación. Algunos de estos síntomas incluyen: amenorrea (ausencia de menstruación), náuseas y vómitos, dolor en las mamas (mastalgia), aumento de micción, estreñimiento, fatiga, aumento de peso, por mencionar algunos. Es importante aclarar que la sintomatología del embarazo es distinta en todas las mujeres, incluso una misma madre puede tener síntomas diferentes en distintos embarazos (Universidad de Barcelona, 2018).

Parto

El parto es el proceso fisiológico con el que una mujer finaliza su gestación a término, en este proceso están implícitos distintos factores, como psicológicos y socioculturales. Su inicio espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo. El parto puede ser por vía vaginal, que es el paso del feto y la placenta desde el útero a través del canal de parto y la abertura vaginal, siendo el tipo de parto más frecuente; o por cesárea, que es una cirugía que consiste en un corte realizado en el abdomen y en el útero de la madre, para extraer al bebé. Los médicos recurren a la cesárea cuando consideran que es más segura para la mujer, el bebé o para ambos que el parto vaginal (Universidad de Barcelona, 2018).

Objetivos

Objetivo General:

Analizar los significados que otorgan las mujeres autistas al proceso de embarazo y parto a través de las intersecciones, género, clase y discapacidad.

Objetivos específicos:

1. Describir el significado otorgado por las mujeres autistas a su proceso de embarazo.
2. Comprender el significado que tiene para las mujeres autistas su proceso de parto.
3. Interpretar la construcción de los significados del proceso de embarazo y parto de mujeres autistas desde las intersecciones, género, clase y discapacidad.

Capítulo II

Metodología

En este capítulo se describen algunos criterios de la metodología del estudio.

Se hace mención del diseño, la población de estudio, el muestreo, muestra, los criterios de inclusión, las técnicas de colecta de datos que se utilizaron, el procedimiento de recolección de los datos, las consideraciones éticas, así como el plan de análisis para los datos.

Diseño de Estudio

Para lograr el objetivo planteado en esta investigación el cuál consiste en analizar los significados otorgados por las mujeres autistas al proceso de embarazo y parto a través de las intersecciones, género, clase y discapacidad, se realizó un estudio con enfoque cualitativo, empleando el Análisis Temático Reflexivo (ATR) de Clarke como método de análisis de datos. Este método posibilita identificar patrones de sentido, significados compartido y particularidades dentro de los discursos de las participantes y también resulta útil cuando se indaga un fenómeno poco estudiado (como lo es la maternidad autista desde un marco de interseccionalidad), permitiendo así la generación de un conocimiento profundo y sensible a las realidades distintas de las mujeres participantes (Braun y Clarke, 2006).

En la investigación cualitativa, se estudian los sucesos en una situación natural, con el fin de comprender o interpretar los fenómenos en términos de los significados que las personas otorgan a estos eventos (Denzin y Lincoln, 2012). Este diseño permitió explorar en profundidad las experiencias subjetivas y contextualizadas de las participantes, identificando la complejidad de los procesos

sociales y personales influidos por dimensiones estructurales. Por otra parte, el análisis temático es un método que ayuda a identificar, analizar e informar patrones o temas dentro de los datos; organiza y describe el conjunto de datos con gran detalle, frecuentemente va más allá de un análisis e interpreta varios aspectos del tema de investigación (Braun y Clarke, 2006).

El ATR sigue un proceso de 6 fases que consistió en; 1) familiarizarse con los datos: en esta etapa se sumergió profundamente en el conjunto de datos, identificando en la transcripción las ideas, los patrones y significados iniciales, 2) generación de códigos iniciales: se codificaron las características relevantes de los datos de forma sistemática en todo el conjunto de datos (entrevistas), recopilando los datos relevantes para cada código, 3) búsqueda de temas: para identificar temas más amplios, se agruparon los códigos relacionados, 4) revisión de temas para comprobar si los temas funcionan en relación con los extractos (citas) codificados y todo el conjunto de datos, 5) definición y denominación de los temas: se realizó un análisis continuo para refinar los detalles de cada tema y la historia general que cuenta el análisis, generando definiciones y nombres claros para cada tema, y 6) redacción del informe: se produjo una narrativa coherente, convincente y transparente que presente el análisis (Braun y Clarke, 2006).

El ATR contribuyó de manera significativa al proceso analítico de los datos, debido a que permitió analizar de forma sistemática y flexible las narrativas de las participantes. Mediante sus 6 fases fue posible la identificación de patrones de significado relacionados a las experiencias de embarazo y parto de mujeres autistas,

así como posibles causas que surgieron al considerar las intersecciones entre género, clase y discapacidad.

Población, Muestreo y Muestra

La población de estudio estuvo conformada por mujeres adultas autistas mexicanas; la muestra fue seleccionada mediante muestreo por bola de nieve, ya que se consideró el más conveniente para localizar participantes que son de difícil acceso (como lo es en este caso), a través de este tipo de muestreo, se solicitó a las participantes previamente seleccionadas su ayuda para encontrar o sugerir a otras personas con características similares. La muestra estuvo determinada por la saturación de datos, es decir, cuando los datos recién recabados comenzaron a ser repetitivos de los que ya se habían recogido con anterioridad y ya no se obtuvo información nueva, los conceptos fueron comprensibles y estuvieron bien detallados y, la investigadora tuvo datos suficientes para responder a la pregunta de investigación (Grove y Gray, 2019), llegando la saturación de los datos con una muestra de 11 mujeres autistas.

Criterios de inclusión

Los criterios que se consideraron para la elección de la muestra de estudio fueron los siguientes: mujeres autistas mayores de 18 años, tener un diagnóstico y/o identidad de autismo, ya que, como menciona Reaño (2022), ser autista, no implica solo tener un diagnóstico médico de autismo, sino también auto diagnosticarse como autista, por lo tanto, no se considera el autismo como un diagnóstico, sino más bien como una identidad, por lo tanto, es algo que no puede ser separado de la persona. Otro criterio de inclusión que se consideró fue, haber tenido por lo menos una

experiencia previa de embarazo (a término o no) y/o parto; en caso de estar embarazada, podían incluirse mujeres en cualquier trimestre de embarazo.

Respecto al tiempo posterior al parto, se optó por no establecer un parámetro específico sobre el tiempo transcurrido desde el nacimiento, ya que en estudios previos (Donovan, 2020; Rogers et al., 2016), se presentaron dificultades para recolectar la muestra, debido a que establecieron un tiempo específico posterior al nacimiento, lo que ocasionó que, en un principio, se obtuviera una escasa respuesta de reclutamiento.

El tiempo transcurrido desde el nacimiento puede afectar la capacidad de las mujeres autistas para recordar completamente su experiencia de parto; sin embargo, en un estudio realizado por Donovan et al., (2020), todas las mujeres que participaron en su investigación recordaban detalladamente sus experiencias de embarazo y parto, aunque hubieran tenido mucho tiempo de haber dado a luz antes de su estudio.

Técnicas de colecta de datos

Se utilizó una cédula de datos para recolectar datos sociodemográficos de las participantes, que incluyeron lo siguiente: edad, nombre, nivel de apoyo, estado de residencia, escolaridad (primaria terminada, primaria incompleta, secundaria terminada, secundaria incompleta, preparatoria terminada, preparatoria incompleta, carrera técnica, universidad terminada, universidad incompleta, posgrado), ocupación-situación laboral (empleada, desempleada, ama de casa), ingreso mensual familiar, estado civil (soltera, casada, divorciada, viuda, unión libre), número de hijos, tipos de parto (en caso de haber tenido distintos tipos de parto, especificar número de partos por tipo de parto), tiempo de su último parto, ¿Alguno de sus hijos

o hijas es autista? (¿sí o no, si la respuesta es sí, cuantos?, actualmente, ¿está embarazada? (si/no). Si la respuesta es sí, ¿En qué trimestre del embarazo se encuentra?, actualmente, ¿Está atravesando por un puerperio?

Entrevista Semiestructurada

La entrevista semiestructurada es una técnica ampliamente usada en la investigación, incluso, es la forma de generación de datos más empleada en distintas tradiciones metodológicas, como la fenomenología, la psicología, la teoría fundamentada y el psicoanálisis (Ríos, 2019); son un conjunto de preguntas sin una respuesta predeterminada y se consideró la técnica más adecuada para esta investigación, ya que esta, permite explorar distintos puntos de vista de manera subjetiva, así como profundizar en las distintas experiencias de las mujeres entrevistadas. El empleo de las entrevistas semiestructuradas permitió profundizar en las opiniones y significado de las participantes, así como en su contexto, el cual es entendido como la representación individual y subjetiva de lo relevante para cada persona que influye directamente en su discurso (Ibarra-Sáiz et al., 2023; Grove & Gray, 2019; Polit y Beck, 2018).

La entrevista semiestructurada requirió la elaboración de un guión de entrevista, el cual resultó fundamental para mantener presentes y poder estructurar de manera general las temáticas principales durante el proceso de recogida de la información. Es importante aclarar que, conforme a la flexibilidad de la entrevista semiestructura, el orden de los temas y la formulación de las preguntas pudo modificarse de acuerdo con el ritmo y necesidades de cada participante (Ibarra-Sáiz et al., 2023).

En el presente estudio se aplicó una entrevista semiestructurada con ayuda de un guión de entrevista (Apéndice A) que contiene las siguientes preguntas: 1) ¿Qué representó para usted tener un embarazo y posteriormente un parto?, 2) ¿Qué momentos de su embarazo considera que marcaron significativamente su vida? O ¿Qué evento de su embarazo recuerda más?, 3) ¿Qué momentos de su parto considera que marcaron de manera significativa su vida? O ¿Qué momento de su parto recuerda más?, 4) ¿Cree usted que su clase social influyó para vivir su proceso de embarazo y parto de la manera en que lo vivió? Si la respuesta es sí, podría detallarme ¿Cómo fue que influyó esto?, 5) ¿La decisión de embarazarse fue propia o estuvo influenciada por otros factores, personas, etc.? 6) ¿Considera que, al informar o no informar su condición de autismo, contribuyó de alguna manera en cómo vivió sus procesos de embarazo y parto? Si la respuesta es sí, podría detallarme ¿Cómo fue que esto contribuyó en su experiencia? ¿Considera que hubiera cambiado en algo su experiencia el no contar o contar con esta condición?, 7) ¿Cómo fue el trato que obtuvo del personal de salud durante todo el proceso de embarazo y parto? Desde consultas prenatales hasta el momento de su parto, 8) Considera que, durante estas atenciones, ¿presentó alguna barrera o factores que facilitaran estos procesos? De ser así, ¿Cuáles?

Es importante mencionar que, previamente a llevar a cabo la entrevista semiestructurada, se le preguntó a la participante si consideraba necesario realizar algún ajuste razonable en los entornos para poder aplicar la entrevista de la manera más confortable para ella, es decir; una modificación y/o adaptación necesaria que ella considerara adecuada para garantizar una aplicación grata de la entrevista

semiestructurada (Secretaría de Gobernación, 2016). También, se llevó a cabo por la investigadora principal, un curso de primeros auxilios psicológicos impartido por el Centro de Integración Juvenil, A.C.; el cual proporcionó habilidades y estrategias a la investigadora, para poder afrontar cualquier situación que se suscite durante la entrevista, por ejemplo; cualquier situación emocional expresada por la participante, como sentimiento de tristeza, llanto, enojo, entre otras emociones que pudieran presentarse.

Observación

En investigación, la observación (Apéndice B) y el registro escrito de lo observado, constituye la técnica básica para producir descripciones de calidad, lo cual se produce de una realidad desde donde se define un objeto de estudio. Observar implica focalizar la atención de manera intencional sobre algunos segmentos de la realidad que se estudia, pretendiendo capturar los elementos que lo componen y la manera en cómo interactúan entre sí, con el fin de reconstruir inductivamente la dinámica de una situación; la observación es el instrumento por excelencia para abordar la totalidad de lo social que se manifiesta en la experiencia (Martínez y Soto, 2021).

Mediante el uso de la observación se analizaron aspectos relevantes del comportamiento verbal y no verbal de la participante, del ambiente físico y de las dinámicas interaccionales presentes en el transcurso de la entrevista. Los elementos recopilados durante la observación ayudaron a contextualizar la información obtenida y captar elementos significativos de sus experiencias, por lo que fueron incluidos

posteriormente al proceso de análisis y aportaron a la elaboración del reporte de resultados.

Diario de campo

El diario de campo (o notas de campo; son un instrumento de aprendizaje que permite conocer mediante escritos, registros descriptivos, analíticos y críticos los comportamientos, las actividades, eventos y algunas otras características que suceden durante una observación o una práctica. En el diario de campo, la observación es un elemento fundamental para su elaboración y en él se pueden incluir notas, dibujos, bocetos, esquemas, croquis y fotografías; este es de gran ayuda para que el investigador mantenga un monitoreo permanente del proceso de observación, así como también para plasmar aspectos que el investigador considere importantes para organizar, analizar e interpretar la información que se está recabando (Martínez y Soto, 2021).

El diario de campo fue de ayuda para almacenar y recuperar información que no pudo ser memorizada y se registraron los acontecimientos observados sobre la situación de interés y que resultaron especialmente significativos al momento de la entrevista; también, fué una herramienta útil para capturar las ideas que se adquirieron sobre los conceptos y para hacer preguntas sobre los datos a medida que se presentaron (Streubert y Rinaldi, 2011).

Con ayuda del diario de campo se registraron aspectos relevantes del comportamiento verbal y no verbal de la participante, del ambiente físico y de las dinámicas interaccionales presentes en el transcurso de la entrevista. Los elementos anteriores plasmados en las notas analíticas y reflexivas del diario de campo,

ayudaron a contextualizar la información obtenida y captar elementos significativos de sus experiencias y posteriormente incluidos al proceso de análisis aportando a la elaboración del reporte de resultados.

Procedimiento de recolección de la información

Para la llevar a cabo la elaboración de esta investigación, se solicitó, primeramente, la autorización del Comité de Ética en Investigación y al Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería Mochis. Posteriormente, para el reclutamiento de las participantes, se publicó una invitación (Apéndice C) a través de redes sociales (Facebook, Instagram y WhatsApp); las interesadas y quienes cumplieron con los criterios de inclusión fueron partícipes de la investigación, se realizó contacto con personas autistas influyentes en redes sociales y activistas de grupos autistas, para que contribuyeran a través de sus redes sociales personales con la divulgación de dicha invitación realizada para la participación de esta investigación, así mismo, se compartió en grupos de autismo y neurodivergencias en Facebook; también se difundió por las instalaciones de las facultades de la Universidad Autónoma de Sinaloa, locales comerciales y diversos puntos de la ciudad de Los Mochis.

Una vez seleccionadas las participantes, se les habló acerca de la investigación, mencionándoles el objetivo de estudio y de la entrevista, así como también se les informó acerca del consentimiento informado (Apéndice D), el cual es un acuerdo escrito que contiene información acerca de la investigación y de las investigadoras, así como también, se explicaron algunas condiciones, como que, se respetará su anonimato y confidencialidad de la información revelada en todo

momento y que podían abandonar el estudio cuando lo hubieran deseado si lo consideran necesario, documento que una vez explicado y analizado por las participantes, se les invitó a firmar para obtener su autorización para ser sujetas de estudio. A las participantes abordadas cara a cara, se les entregó el consentimiento informado y la cédula de datos sociodemográficos en papel, mientras que, a las participantes que se les aplicó la entrevista semiestructurada de manera virtual, se les aplicó a través de un formulario de google (Google Forms).

Se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas con la siguiente pregunta detonadora: ¿Qué representó para usted tener un embarazo y posteriormente un parto? Las entrevistas fueron aplicadas de la forma en que fue preferente por la participante, (de manera presencial y virtual). Las entrevistas realizadas cara a cara, fueron aplicadas en el lugar y la hora que mejor le pareció a la participante (previamente acordadas), en este caso, en un consultorio privado de una de las investigadoras del estudio, las cuales fueron audiograbadas con ayuda de una audiograbadora; las entrevistas aplicadas de manera virtual se llevaron a cabo por la plataforma Zoom (se realizó grabación de esta entrevista).

Es importante mencionar que, durante la aplicación de las entrevistas se empleó de manera complementaria la observación y el diario de campo para enriquecer la recolección de los datos. Mediante el uso de la observación se registraron aspectos relevantes del comportamiento verbal y no verbal de la participante, del ambiente físico y de las dinámicas interaccionales presentes en el transcurso de la entrevista. Los elementos anteriores, junto con las notas analíticas y reflexivas del diario de campo, ayudaron a contextualizar la información obtenida y

captar elementos significativos de sus experiencias. Tanto las observaciones como los registros del diario de campo fueron incluidos posteriormente al proceso de análisis y aportaron a la elaboración del reporte de resultados.

Con el propósito de garantizar un ambiente seguro y respetuoso de las participantes durante la entrevista, la investigadora principal realizó un curso de primeros auxilios psicológicos, lo cual fue de gran utilidad para poder identificar y atender de forma adecuada cualquier reacción emocional o situación inesperada que pudiera surgir durante la entrevista. De la misma manera, se cuidaron aspectos del entorno sensorial y físico que pudieran influir en el estado emocional de la participante, esto para asegurar la comodidad y de las mujeres autistas, procurando espacios tranquilos, privados y con condiciones que evitaran sobrecarga sensorial y por ende, una crisis autista. En caso de que alguna participante lo requiriera, se consideró la opción de ofrecer pausas, reprogramación o suspensión de la entrevista sin afectar su participación en el estudio.

Después del proceso mencionado anteriormente, como parte de los pasos finales, las entrevistas fueron transcritas con ayuda del programa TurboScribe y una vez transcritas fueron analizadas con el software Nvivo. Para garantizar el criterio de credibilidad y valor de la verdad del proceso de análisis de las entrevistas, una vez transcritas se realizó una verificación de la fidelidad de cada transcripción, el cual consistió en revisar las grabaciones mientras se comparaba con el texto ya transcrito, esto para comprobar que la información coincidiera a lo expresado por las participantes. Posteriormente, se les otorgó a las participantes una copia transcrita de su entrevista para confirmar que representaban fielmente lo que ellas quisieron

compartir y para que, en caso de querer hacer alguna aclaración, modificación o adición si así lo deseaba, se realizara.

Es importante aclarar que, a cada participante se le asignó un nombre de una diosa de la antigua Grecia para la protección de su identidad y garantizar el anonimato. Finalmente, se les agradeció a las mujeres autistas por su participación y se les proporcionó como gratitud un libro titulado “La razón por la que salto”, el cual se les proporcionó en físico y/o en formato PDF, según la preferencia de la participante, llegando directamente a su domicilio.

Consideraciones Éticas

El presente trabajo de investigación se apegó a lo establecido por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 2014), el cual plantea los lineamientos y principios a los que se debe someter una investigación. Se contempló el título segundo: “De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”, haciendo énfasis en los siguientes artículos.

Se consideró en el capítulo I de “Disposiciones comunes”, el Artículo 13, el cual menciona que, en toda investigación en que un ser humano sea sujeto de estudio, debe prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar; Fracción V del Artículo 14, se obtuvo consentimiento informado de la persona sujeta de investigación, se protegió la privacidad de la participante, identificándola sólo cuando los resultados lo requirieron y esta lo autorice (Artículo 16). La participante autoriza su participación con pleno conocimiento de la naturaleza de la investigación a través del consentimiento informado (Artículo 20) el cual debe

formularse por escrito (Artículo 22) y la participante recibió una explicación clara y completa de la investigación por lo menos de los objetivos de investigación, los procedimientos que se realizarían, las molestias y beneficios esperados, la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento, etc. (Fracción I a XI) para que este consentimiento informado se considere existente (Artículo 21).

Se consideraron también los artículos estipulados en el Capítulo II, “De la investigación en comunidades”; las investigaciones referidas a la salud humana en comunidades serán admisibles cuando el beneficio esperado para ésta sea asegurado (Artículo 28). Se buscó la aprobación de las autoridades de salud o las autoridades civiles de la comunidad, así como también del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería Mochis (Artículo 29, Artículo 31), se aseguraron las medidas para proteger a las participantes, se aseguró la obtención de resultados favorables (Artículo 32) y se aplicaron las mismas medidas éticas para todas las participantes (Artículo 33).

Se contempló el Capítulo III, “De la investigación en menores de edad o incapaces”; aseguró el cumplimiento de las disposiciones éticas en la investigación (Artículo 34). La investigación se considera de riesgo mínimo, ya que representó para las participantes una experiencia razonable y comparable con situaciones inherentes a los procesos de estudio (embarazo y parto) y debido a que el estudio tuvo altas probabilidades de obtener conocimientos sobre los procesos anteriormente mencionados para ayudar a comprenderlos desde la perspectiva de las participantes (Artículo 39, Fracción I-A-B).

Del Capítulo IV, “De la investigación en mujeres en edad fértil, embarazadas, durante el trabajo de parto, puerperio, lactancia y recién nacidos”, se tomó en cuenta a las mujeres en edad fértil, embarazo y puerperio (Artículo 40, Fracción I, II y IX). Además de las disposiciones generales de ética que se deben cumplir en toda investigación en seres humanos, aquellas que incluya a sujetos de estudio como las de esta investigación (Artículo 41), para las mujeres embarazadas, en puerperio o lactancia, se deberá garantizar que no represente riesgo mayor al mínimo para la mujer y el feto; de igual manera, no se tendrá autoridad de las investigadoras para decidir sobre el embarazo (Artículo 43, Artículo 44, Artículo 45, Artículo 48, Fracción I, II y III). La investigación no interferirá con la salud de la madre y del recién nacido (Artículo 50, Artículo 51).

Por último, se contempló el Capítulo V, “De la investigación en grupos subordinados”, el Artículo 57 y se vigilará por parte del Comité de ética en Investigación de la facultad (Artículo 58), que la participación, el rechazo o retiro de las participantes no afecte su situación escolar, laboral (Fracción I) y, que los resultados de la investigación no sean utilizados en perjuicio de las participantes.

Plan de análisis de datos

Se utilizó el método de ATR de Braun y Clarke (2006) como método de análisis de datos recolectados con el fin de comprender los significados otorgados por las mujeres autistas a los procesos de embarazo y parto a través de la información proporcionada por dichas mujeres, creando categorías y subcategorías a través de las seis fases que conforman el ATR; 1) familiarización con los datos, 2) generación de

códigos iniciales, 3) búsqueda de temas, 4) revisión de temas, 5) definición y denominación de los temas, y 6) redacción del informe (Braun y Clarke, 2006).

Fase 1: Familiarización con los datos

En esta fase resultó crucial para establecer una relación sólida entre el investigador y los datos, debido a que no pueden surgir conclusiones significativas sin dicha interacción. Se realizó una familiarización con los datos por medio de la transcripción de las entrevistas realizadas, plasmando no sólo las palabras sino también las señales no verbales, como pausas, risas, gestos, movimientos, etc. Después de transcribir la entrevista, se leyó y releó detenidamente. Una inmersión detenida en esta etapa permitió identificar patrones recurrentes, temas emergentes y significativos y garantizar un análisis más rico y estructurado.

Fase 2: Generación de códigos iniciales

En esta fase se examinó detalladamente el conjunto de datos, es decir, las entrevistas de las participantes, y posteriormente se generaron códigos iniciales que capturaran características significativas de los datos en relación con los objetivos de investigación. Se revisó cada extracto de los datos sistemáticamente, asignando códigos precisos a los segmentos relevantes.

Fase 3: Búsqueda de temas

Una vez codificando todos los extractos de los datos, se comenzaron a agrupar los códigos que presentaron similitud entre sí; se clasificaron los diferentes códigos en temas potenciales y recopilamos todos los extractos de los datos codificados relevantes de los temas identificados. Se analizaron los códigos y se consideró cómo podían combinarse los diferentes códigos y se buscó la relación entre temas y entre

diferentes niveles de temas, surgiendo así categorías y subcategorías con los posibles extractos que se han codificado en relación con ello.

Fase 4: Revisión de temas

Después de tener un conjunto de categorías y subcategorías preliminares, se revisó si los extractos ya codificados y agrupados en categorías y subcategorías se relacionaron significativamente entre sí; se aseguró la precisión de los datos y se evaluó la coherencia, consistencia y singularidad de los extractos garantizando que los extractos de los datos encajen entre sí (homogeneidad interna) pero los temas sean diferentes entre sí (heterogeneidad externa).

Fase 5: Definición y denominación de los temas

En esta fase se definió y perfeccionaron los temas, es decir, se identificó la naturaleza de lo que trata cada tema y se analizaron datos dentro de ellos; se identificó la relación de cada extracto con las categorías y subcategorías, también se refinó y finalizó la identificación de los temas identificados en la fase anterior, asegurando de esta forma que el conjunto de categorías y subcategorías se alinearan a los objetivos de investigación y al marco teórico., alcanzando en esta etapa la saturación de los datos.

Fase 6: Redacción del informe

En esta última fase, una vez terminado el conjunto de temas, se realiza una selección de extractos convincentes para realizar su posterior análisis con relación a los objetivos de investigación y el marco teórico de la investigación y posteriormente se elabora un informe del análisis (planteado en el apartado de resultados).

Criterios de Rigor Metodológico

Para garantizar la calidad de este estudio, se tomaron en cuenta algunos criterios de rigor metodológico establecidos por Noreña et al., (2012), los cuales son necesarios en la investigación cualitativa para garantizar el rigor de ésta, ya que permitió valorar la aplicación científica y las técnicas de análisis del estudio para la obtención y el procesamiento de los datos.

Algunos criterios de rigor que se consideraron son los siguientes:

Fiabilidad y Validez

Son cualidades esenciales que deben tener las pruebas o instrumentos de carácter científico para la recogida de datos, estos criterios garantizan que los resultados que se presentan sean merecedores de crédito y confianza. La fiabilidad es la posibilidad de replicar estudios y asegura que los resultados representen algo real e inequívoco, mientras que la validez se refiere a la interpretación correcta de los resultados y da cuenta del grado de fidelidad con que se está mostrando el fenómeno investigado. Para cumplir con este criterio, se utilizaron la observación y el diario de campo con sus respectivas guías en todas las entrevistas, esto, para constatar los acontecimientos suscitados durante la entrevista y demostrar la veracidad de estas observaciones (Noreña et al., 2012). También mediante las técnicas de codificación claras y sistemáticas con supervisión o triangulación de los datos mediante las técnicas de colecta ya mencionadas para constatar la información con el fin de reducir sesgos, así mismo, se compartieron los hallazgos con otras investigadoras para obtener retroalimentación crítica.

Credibilidad o Valor de la Verdad

Este criterio, también se denomina autenticidad y es un requisito importante, ya que, permite mostrar los hechos y las experiencias humanas, tal y como son percibidas por los sujetos; es la aproximación que deben tener los resultados en relación con el evento estudiado; este criterio se logra cuando los hallazgos son identificados como reales o verdaderos por las personas participantes en el estudio, por informantes clave y por otros profesionales familiarizados con la temática abordada (Noreña et al., 2012). Dicho criterio se cumplió en la investigación al llevar a cabo la triangulación de los datos con el diario de campo, la entrevista semiestructurada y la observación, así como también se comprobaron los datos obtenidos en la entrevista con la devolución de la entrevista a la participante.

Transferibilidad o Aplicabilidad

Consiste en poder transferir los resultados de la investigación a otros contextos; la transferibilidad está íntimamente vinculada a los momentos, a las situaciones del contexto y a los sujetos de estudio (Noreña et al., 2012). Criterio que se cumplió al detallar el contexto de estudio de las participantes, así como a las participantes mismas, al fenómeno de estudio y metodología, lo que incluye la especificación del diseño, el muestreo y muestra, los instrumentos y el proceso de análisis utilizado. De igual manera, se incluyeron fragmentos de las entrevistas realizadas para respaldar los hallazgos obtenidos y las limitaciones que se presentaron durante la investigación.

Consistencia o Dependencia

Conocido también como replicabilidad, hace referencia a la estabilidad de los datos; se debe procurar una estabilidad en la información que se recogió y analizó

(Noreña et al., 2012). Dicho criterio se aseguró al aplicar los criterios anteriormente descritos a través de la descripción comprensible del proceso de investigación, la justificación y explicación de las decisiones tomadas, la ejecución de una lectura coherente de los datos y la confirmación de la solidez desde los hallazgos desde múltiples visiones (triangulación).

Confirmabilidad o Reflexividad

También se conoce como neutralidad u objetividad, bajo este criterio, los resultados garantizaron la veracidad de las descripciones realizadas por los sujetos de estudio; este criterio permitió conocer el papel de las investigadoras durante el trabajo de campo e identificar los alcances y limitaciones para prevenir los posibles juicios o críticas que suscita el fenómeno de estudio o los sujetos de estudio (Noreña et al., 2012), criterio que se cumplió al momento de la creación crítica de las categorías y subcategorías y su respectivo registro detallado de las decisiones de análisis (cómo se codificaron los datos, cómo se agruparon en categorías y cómo se llegó a las conclusiones). Se procuró de reducir el sesgo individual al contrastar perspectivas y se asegurará que los hallazgos representen fielmente a las voces de las participantes.

Relevancia

Este criterio permitió evaluar el logro de los objetivos planteados en la investigación e informó si finalmente se obtuvo un mayor conocimiento del fenómeno de estudio, o si hubo algún beneficio en el contexto que se estudió; también se refiere a la mención de nuevos hallazgos y la creación de nuevos planteamientos teóricos o conceptuales (Noreña et al., 2012). Este criterio se cumplió en el último paso de la codificación al momento de relacionar las categorías y

subcategorías para analizar si se cumplió con el objetivo de estudio. De la misma forma, se vinculó el estudio con realidades específicas, se planteó de qué manera los resultados obtenidos pueden contribuir a la mejora de políticas públicas, prácticas profesionales y la visibilización de la problemática.

Saturación Teórica

Es un proceso analítico fundamental ya que es aquel punto crítico en donde el investigador no encuentra nuevos datos en las narrativas de las participantes; es decir, ya no se obtiene ninguna novedad comprensiva a los significados de los participantes ya que se identifica una información similar entre los sujetos, lo que indica que las variaciones posibles han sido suficientemente exploradas y comprendidas (Ortega-Bastidas, 2020). De acuerdo con Glaser y Strauss (1957, como se cita en Ardila y Rueda, 2013) se alcanza la saturación al cumplir con ciertos criterios; 1) cuando ya se han analizado y explicado el mayor número de variaciones dentro de la teoría y cuando la relación entre las categorías surgidas obedece a un esquema explicativo del problema, 2) cuando no se tiene acceso a otros datos que contribuyan al desarrollo de la investigación y, 3) la sensibilidad teórica del analista, la cual es la habilidad de interpretar los datos con profundidad conceptual.

En el marco del análisis temático, la saturación se define como el momento en que ya no se identifican nuevos temas, códigos o patrones en el material analizado, lo cual implica que los datos han sido utilizados para generar interpretaciones sólidas, perspectivas innovadoras y aportaciones significativas al conocimiento. Alcanzar la saturación, por lo tanto, supone haber llevado el análisis y la interpretación de los datos a su máximo potencial, logrando así, que los temas emergentes estén

completamente desarrollados, articulados y fundamentados en el conjunto total de información (Naeem et al., 2024).

El cumplimiento de este criterio se garantizó mediante un proceso de codificación constante y comparativa en donde los datos se categorizaron de manera sistémica, comparando entre sí, casos y nuevos datos con las categorías existentes, y subcategorías. A través de este proceso se determinó si los datos añadidos aportaban elementos novedosos o solo reforzaban lo encontrado previamente. De la misma forma, se hizo registro del proceso mediante el cual se llegó a la conclusión de que los datos ya estaban saturados con ayuda de la triangulación de los datos para asegurar la solidez y la confiabilidad del análisis.

Adecuación o Concordancia Teórico-Epistemológica

Este criterio está determinado por la consistencia entre el problema que se va a investigar y la teoría empleada para la comprensión de tal fenómeno; este criterio hace referencia acerca de qué manera, el investigador hace visibles los referentes teóricos a lo largo del desarrollo del estudio (Noreña et al., 2012). Criterio que se cumplió durante todo el proceso de investigación, ya que este estudio está apegado a la teoría de la interseccionalidad, la cual se tomó en cuenta al momento de llevar a cabo todas las etapas del proceso de investigación; se declara y justifica el posicionamiento epistemológico, el enfoque se alinea con la pregunta de investigación, el diseño metodológico elegido se considera coherente con el paradigma, así como se consideran adecuadas las técnicas elegidas para la recolección y análisis de los datos; la interpretación de los datos será fiel al marco teórico del estudio mediante una consciencia crítica del rol de la investigadora.

Capítulo III

Resultados

El siguiente apartado describe los resultados obtenidos del análisis de las entrevistas realizadas a mujeres autistas con el fin de dar respuesta a los objetivos de estudio planteados en esta investigación. Este estudio de naturaleza cualitativa se centra en analizar los significados del proceso de embarazo y parto en mujeres autistas, partiendo de las intersecciones de género, clase y discapacidad. A través de un enfoque que visibiliza la diversidad dentro de las vivencias de las mujeres autistas, se busca exponer cómo algunas condicionantes estructurales como el género, clase y discapacidad se combinan para dar significado a la experiencia vivida (Gutiérrez-Gonzales y Ruiz-Ballesteros, 2020).

Se entrevistó a un total de 11 mujeres autistas a las cuáles se les aplicó una entrevista semiestructurada con ayuda de un guión de entrevista, así como también una cédula de datos sociodemográficos (Tabla 1, Tabla 2). Se aplicaron nueve entrevistas en línea y dos cara a cara, la duración de la entrevista fue diversa, habiendo una variación que fue desde los 36 minutos como una duración mínima, hasta los 86 minutos como una duración máxima; la edad de las participantes osciló entre los 28 a los 44 años de edad, y son residentes de Coahuila (3), Sinaloa (2), Sonora (1), Nuevo León (1), Ciudad de México (1), Zacatecas (1), Quintana Roo (1) y Yucatán (1). La mayoría de las participantes cuenta con estudios superiores; 5 cuentan con licenciatura y 5 con un posgrado, mientras que una participante cuenta con universidad incompleta. Respecto al estado civil se encontró una variación, ya que 5 participantes son casadas, 2 solteras, 2 viven en unión libre, mientras que 2 están

divorciadas (Tabla 1). También, se puede observar que todas las participantes tienen un diagnóstico reciente de autismo (Tabla 2). Para proteger la identidad de las participantes, se les asignó el nombre de una Diosa griega los cuales fueron: Artemisa, Leto, Elpis, Hera, Afrodita, Metis, Minerva, Atenea, Selene, Bastet y Gaia. En las tablas se describen más características de las participantes.

Tabla 1

Características sociodemográficas generales de las participantes

	Edad (en años)	Estado, municipio y/o ciudad de residencia	Escolaridad	Ocupación	Estado civil	Ingreso familiar	Número de hijos
<i>Artemisa</i>	33	Los Mochis, Sinaloa	Universidad terminada	Trabajadora independiente	Unión libre	\$15 000	1
<i>Leto</i>	38	Apodaca, Nuevo León	Universidad terminada	Trabajadora independiente	Unión libre	\$60 000	1
<i>Elpis</i>	32	Piedras Negras, Coahuila	Posgrado	Empleada	Casada	\$50 000	1
<i>Hera</i>	43	Iztapalapa, Ciudad de México	Universidad terminada	Trabajadora independiente	Casada	\$15 000	1
<i>Afrodita</i>	40	Hermosillo, Sonora	Posgrado	Hogar	Casada	\$90 000	2
<i>Metis</i>	43	Saltillo, Coahuila	Universidad terminada	Empleada	Casada	\$40 000	2
<i>Minerva</i>	42	Saltillo, Coahuila	Posgrado	Empleada	Soltera	\$30 000	1
<i>Atenea</i>	44	Zacatecas	Posgrado	Estancia posdoctoral	Divorciada	\$27 000	1
<i>Selene</i>	28	Cancún, Quintana Roo	Universidad incompleta	Empleada	Casada	\$35 000	2

Nota: Elaboración propia a partir de datos sociodemográficos recolectados.

Asimismo, se añadió una nube de palabras (Figura 1) que resulta del análisis de las entrevistas, la cual nos permite visualizar de manera sintética, los términos que tuvieron mayor mención durante las entrevistas. En la representación, el tamaño de

cada palabra corresponde a la frecuencia con que se mencionó dentro del conjunto total de datos, lo que facilita identificar las palabras más mencionadas y, por lo tanto, relevantes para el análisis temático de la investigación. Lo anterior significa que, a mayor tamaño de la palabra, existe una mayor frecuencia de su aparición durante las entrevistas.

Tabla 2

Características clínicas, familiares y obstétricas de las participantes

	Edad de dx (en años)	Co-ocurrencias	Nivel de apoyo	¿Algún hijo/a es autista?	¿Cuántos/as?	Años de último parto	Tipos de parto: C V	¿Está embarazada?	Sector público o privado	¿Está en puerperio?
<i>Artemisa</i>	31	EDS, AC, Doble excepcionalidad, Dislexia, Epilepsia	Nivel 1	No	-	1.5 años	C: 1	No	Privado	No
<i>Leto</i>	36	TOC, Dermatilo manía, Ansiedad generalizada	Nivel 1	Tal vez	-	2.5 meses	C: 1	No	Privado	Si
<i>Elpis</i>	32	Depresión, ansiedad	Nivel 1	Tal vez	-	6.5 años	C: 1	No	Privado	No
<i>Hera</i>	38	TPS	Nivel 1	Si	1	17 años	C: 1	No	Público	No
<i>Afroditia</i>	39	-	Nivel 1	Si	2	10 años	V: 2	No	Privado	No
<i>Metis</i>	40	-	Nivel 1	Si	2	12 años	C: 2	No	Privado	No
<i>Minerva</i>	40	AC, TDAH	Nivel 1	Si	1	5 años	C: 1	No	Privado	No
<i>Atenea</i>	44	Hipotiroidismo de Hashimoto	Nivel 1	Si	1	22 años	V: 1	No	Público	No
<i>Selene</i>	23	TDAH, Hipotiroidismo	Nivel 1	Si	1	6 años	V: 2	No	Público	No

Nota: Elaboración propia a partir de datos sociodemográficos recolectados. Dx: Diagnóstico, C: Cesárea, V: Vaginal, EDS: Síndrome de Ehlers-Danlos, AC: Altas capacidades, TOC: Trastorno obsesivo compulsivo, TPS: Trastorno del procesamiento sensorial, TDAH: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Tabla 3*Categorías y subcategorías emergentes del análisis de las entrevistas*

Categorías	Subcategorías
1. Estructuras socioculturales e institucionales que configuran la maternidad autista	1.1 Capacitismo, violencia institucional y desigualdades estructurales en la atención perinatal 1.2 Regulación social de la maternidad y agencia reproductiva en mujeres autistas
2. Experiencia corporal, salud mental y sostenimiento relacional en la maternidad neurodivergente	2.1 Salud mental perinatal, ambivalencia afectiva y procesamiento de la experiencia 2.2 Lactancia materna: normatividad, experiencia corporal y tensiones afectivas 2.3 Redes de cuidado, interdependencia y sostenimiento en la maternidad neurodivergente 2.4 Transformaciones corporales, sensoriales y experiencia del embarazo y parto
3. Trayectorias de vida, diagnóstico y reconfiguración identitaria en la maternidad	3.1 Trayectorias biográficas e intersecciones sociales en la experiencia materna 3.2 Diagnóstico tardío, reconocimiento del autismo y resignificación biográfica 3.3 Maternidad, ambivalencia y reconstrucción identitaria en la experiencia neurodivergente

Nota: Elaboración propia.

Categoría 1. Estructuras socioculturales e institucionales que configuran la maternidad autista

Esta categoría conformada por dos subcategorías (Figura 2), aborda las experiencias que están relacionadas con las condiciones socioculturales e institucionales que atraviesan el proceso de embarazo y parto de las mujeres autistas; las narrativas ponen a discusión que la maternidad autista está conformada por una interacción entre el capacitismo, la normatividad de género, la desigualdad socioeconómica y el poder biomédico, generando así, formas muy específicas de exclusión, vulnerabilidad y sobre todo, de invisibilización.

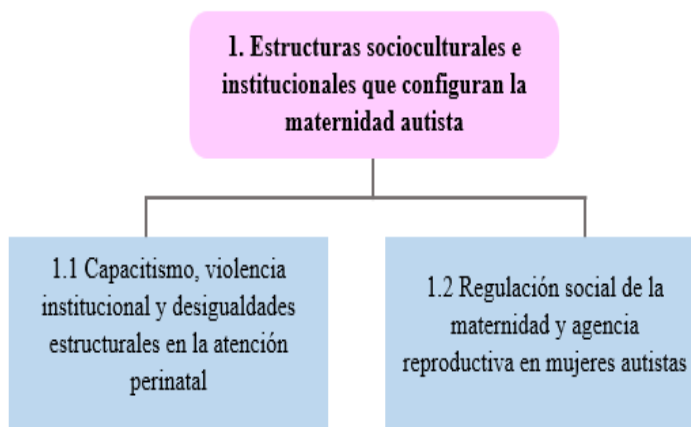
El capacitismo surgió como un eje transversal presente en la atención perinatal que se manifestó en barreras institucionales, falta de ajustes razonables,

ausencia de protocolos adaptados para maternidades autistas y/o neurodivergentes, así como también en una invalidación de las necesidades neurodivergentes. Asimismo, las participantes describieron experiencias en donde vivieron deshumanización, violencia obstétrica y algunas dificultades para ejercer su autonomía dentro de los servicios de salud.

De la misma manera, la categoría muestra que las condiciones socioeconómicas influyen en el acceso a diagnósticos, atención médica y recursos de apoyo, profundizando las desigualdades en la experiencia materna. De esta forma, la categoría evidencia que la maternidad autista no se puede entender solo como una experiencia individual, ya que constituye un fenómeno que está fuertemente influenciado por sistemas estructurales de opresión que dan resultado a las distintas formas en que se vive, se da significado y se transita por el proceso de embarazo y parto.

Figura 2

Estructuras socioculturales e institucionales que configuran la maternidad autista



Nota: La imagen muestra el nombre de la categoría uno y el de sus subcategorías.
Elaboración propia

1.1 Capacitismo, violencia institucional y desigualdades estructurales en la atención perinatal.

La primera subcategoría aborda las experiencias relacionadas con las formas en que el capacitismo, el modelo biomédico y las desigualdades estructurales configuran la atención perinatal de las mujeres autistas. Las participantes describieron distintas barreras institucionales, de comunicación y económicas que limitaron el acceso a una atención adecuada y sensible a la neurodivergencia, dejando en evidencia la ausencia de protocolos adaptados, ajustes razonables y reconocimiento clínico de sus necesidades específicas. En conjunto, esta subcategoría muestra que las dificultades durante el embarazo, parto y posparto no estuvieron determinadas únicamente por características individuales, sino también por la forma en que el género, discapacidad y clase se relacionaron dentro del sistema de salud y sistemas sociales poco sensibles a las maternidades neurodivergentes.

El capacitismo y la invisibilización histórica del autismo en mujeres y maternidades neurodivergentes, surgieron como un eje transversal en las narrativas. Varias participantes señalaron que sus características autistas fueron cuestionadas a partir de estereotipos acerca de cómo “debería verse” una persona autista, particularmente cuando podían mantener contacto visual, hablar en público, estudiar o desenvolverse de manera aparentemente adecuada en distintos espacios sociales. Estas experiencias evidencian cómo el autismo ha sido comprendido históricamente desde modelos que están estereotipados y que son predominantemente masculinos, lo que puede contribuir a excluir las manifestaciones presentes en mujeres adultas y

madres neurodivergentes y a que sus necesidades sean poco comprendidas dentro de los servicios de salud (Cruz et al., 2025).

“sí soy”, “no, no eres”, o sea, entraba como la negación y capacitismo, “es que puedes ver a los ojos”, “puedes hablar en público”, “puedes hacer esto” (...) las altas capacidades tapaban los síntomas de autismo (Artemisa, 33).

“he recibido de parte de profesionales de la salud que atendían a mi hijo (...) antes de un diagnóstico yo les decía “yo tengo la sospecha de que...yo soy autista” y...me lo han dicho, o sea, “tú no, en todo caso sería tu esposo”, yo, “no, yo sé que mi esposo también, pero también yo”, o sea ¿porque yo no?, “no, es que el autismo se da más en hombres”, pues sí, pero también habemos mujeres autistas” (Metis, 43).

A estas interpretaciones se suma el masking o enmascaramiento (camuflaje), el cual comprende estrategias a través de las cuales las personas autistas ocultan ciertas características o compensan dificultades sociales y comunicativas, esto con el objetivo de ajustarse a las expectativas del entorno. En las participantes, el rendimiento académico, la adaptación social y el aprendizaje de conductas consideradas normativas pudieron contribuir a que sus necesidades de apoyo permanecieran poco visibles durante gran parte de sus vidas. El camuflaje se presenta con mayor frecuencia en mujeres autistas adultas y esto puede contribuir a que sus características sean menos evidentes para otras personas, lo que favorece un diagnóstico tardío (Ruggieri, 2024).

“yo fui la clásica niña bien portada, inteligente, sacaba puro 10 en la escuela, entonces pues, quién iba a decir que yo tenía algo, o sea, a lo mejor si hubiera tenido problemas de lenguaje, problemas de conducta, pues me hubieran ido canalizando a

algún especialista, pero como nunca batallé para nada en la escuela pues, no, o sea, yo era la niña...bien portada, de buenas calificaciones, de excelentes promedios (...) entonces yo creo, que, el no requerir tanto apoyo, o que no fuera tan notorio en otras circunstancias de mi vida, también eso hizo que mi diagnóstico no fuera temprano (...) a lo largo de la vida aprende uno a... a enmascarar muchas cosas, que aprendes a hacerlas como los demás” (Metis, 43).

“para mí la escuela siempre ha sido algo muy importante. Y... también me doy cuenta que fue mi salvoconducto para pasar desapercibida muchos años (...) siempre pues he vivido en varios grupos. Y ahí es donde tal vez entra el camuflaje, ¿verdad? (...) ahorita apenas estoy comprendiendo el por qué estoy somatizando cosas” (Atenea, 44).

“pues como te digo, o sea, yo siento todas las, las características que dicen de una persona autista pues y pues... camuflajeado también, o sea, como que yo lo he camuflajeado en, en mi tiempo y en la actualidad, porque yo a veces veo que, “ay Bastet, ya no te estás portando bien” o, “ya hablaste mucho, bájale” (ríe), entonces yo me, yo trato de yo pues controlarme (Bastet, 40).

Los testimonios anteriores reflejan cómo los sesgos de género dentro de los modelos diagnósticos siguen ejerciendo formas de exclusión estructural hacia las mujeres autistas, especialmente si estas son adultas (Lockington & Gullon-Scott, 2025). Las participantes también describieron que la invisibilización no se limita al entorno del diagnóstico, ya que también atraviesa las instituciones de salud y los procesos de atención médica. Leto expresó las dificultades que tuvo para acceder a un reconocimiento institucional como autista dentro de servicios gubernamentales

(instituciones públicas), señalando que incluso existía desconocimiento por el mismo personal de la institución sobre la existencia de adultos autistas:

“no sabían que los adultos en Nuevo León, o sea, me decían, “es que ¿a poco hay autistas adultos?, o sea, ¿cómo vamos a evaluar eso?” (Leto, 38).

El relato anterior pone en evidencia que las barreras institucionales para el reconocimiento del autismo pueden mantenerse durante la vida adulta. En México se ha identificado que se siguen llevando a cabo prácticas de minimización de los diagnósticos y falta de información dentro de las instituciones, así como también la necesidad de fortalecer una atención que contemple a las personas autistas a lo largo de toda su vida (Sistema Nacional de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes [SIPINNA], 2026).

En las narrativas de las participantes también emergió la forma en que el capacitismo impacta directamente en el proceso de la maternidad. Selene explicó que constantemente evitaba mencionar que ella era autista cuando acudía a consultas de sus hijos, debido al miedo de ser desacreditada como madre:

“mencionar que soy autista, como que siento que desconfían de darme a mí, la información, diagnóstico. No confían en que yo pueda tener el rol de mamá” (Selene, 28).

Este testimonio revela cómo el estigma que está asociado al autismo puede reflejarse en cuestionamientos hacia las capacidades maternas de las mujeres neurodivergentes, generando así, procesos de vigilancia, infantilización y pérdida de credibilidad dentro de los espacios médicos. Dichos cuestionamientos refuerzan formas de trato paternalista e infantilizador y percepciones que sitúan a las madres

autistas como posibles riesgos para sus hijos, reproduciendo la asociación capacitista entre discapacidad y menor capacidad para llevar a cabo la maternidad (Lockington & Gullon-Scott, 2025).

En consecuencia, comunicar el diagnóstico dentro de los servicios de salud se convirtió para algunas mujeres en una decisión atravesada por una tensión entre la posibilidad de obtener comprensión y apoyos y el temor de recibir un trato discriminatorio. El diagnóstico podía facilitar que las necesidades fueran reconocidas, pero también existía la preocupación de que modificara negativamente la manera en que serían percibidas como mujeres y madres. Esta tensión ha sido mencionada en estudios donde madres autistas describen temor al juicio profesional y preocupación por las consecuencias de revelar su condición (Pohl et al., 2020; García-Molina, 2024). Artemisa narró lo siguiente:

“me daba miedo decir el diagnóstico por (...) me daba miedo a una posible discriminación en caso de que hubiera ignorancia en el tema. Por eso no lo manejé (...) tenía esa impresión de que, al no tener la información adecuada sobre el autismo, en mujeres sobre todo, y lo que es realmente el autismo, me hubieran podido incluso hasta discriminar (Artemisa, 32).

En conjunto, las narrativas de las participantes muestran que el capacitismo hacia mujeres autistas y maternidades neurodivergentes va más allá del nivel interpersonal, ya que se extiende también a estructuras sociales, médicas e institucionales que siguen invisibilizando sus experiencias, necesidades y sus formas particulares de vivir el embarazo, la maternidad y la atención en salud (Smith et al., 2026).

En los relatos se identifica una barrera que estuvo relacionada con la comunicación y la falta de anticipación durante los procedimientos médicos. Las participantes describieron información insuficiente, acelerada o poco detallada, lo que dificultó prepararse para determinadas situaciones relacionadas con el embarazo y el parto. La anticipación adquirió especial importancia en algunas mujeres, no únicamente para conocer qué procedimiento se realizaría, sino también para comprender qué sensaciones podían esperar y disponer de tiempo para procesar la información. Por un lado, Metis destaca esta falta de comunicación como una de las principales barreras durante su proceso de parto y que la falta de información adecuada limita la capacidad de afrontar el proceso de manera segura:

“no hubo ningún momento... que alguien se hubiera sentado conmigo y me hubiera explicado, ‘va a pasar esto, vas a empezar a sentir esto’ (...) ‘fue la barrera de no tener información adecuada, de no tener información correcta, para poder llevar el proceso’ (Metis, 43).

Elpis resalta la importancia que tiene la anticipación de los procedimientos, considerándolo como un elemento clave en su experiencia perinatal, mencionando que esta, no estuvo presente en su atención:

“la anticipación para mí siempre es clave (...), no recuerdo que me hayan dicho ‘mira va a suceder esto, esto’ (...) no, no me explicaron así... a tanto detalle” (Elpis, 32).

“a mí nadie me explicó lo que me iban a hacer... nadie me dijo ‘la preparación consiste en esto’ (Afrodita,40).

En otros relatos, la comunicación fue percibida como distante, acelerada o concentrada principalmente en los aspectos clínicos. Estas experiencias muestran que las barreras comunicativas no pueden atribuirse solamente a las características de las mujeres autistas, sino también a una organización institucional que privilegia determinados tiempos y formas de intercambio de información. La literatura sobre atención perinatal en mujeres autistas ha identificado de manera semejante la necesidad de información clara, directa y detallada, así como mayor tiempo para procesar la información verbal (Hampton et al., 2022, 2023; Smith et al., 2026).

“los médicos entre ellos empiezan a hablar y no me dicen nada” (...) “así te tratan “es una más”, “Ah, cesárea”, “ya, rápido”, o sea, y...pues sí, es un trato no... no respetable y muy inhumano “ya, la que sigue, la que sigue” (Hera, 43).

“se desesperaban muy rápido (...) como si ya tuvieran que atender al siguiente paciente” (...) me gustaría que fueran más este... un poco más técnicos los doctores conmigo, que me explicaran (...) que no me traten como, como que a alguien que no puede entender o que no le interesa su salud, si pregunto es porque quiero saber realmente qué me está pasando” (Gaia, 36).

En conjunto, las narrativas muestran que las barreras de comunicación en la atención perinatal no solo se reflejan en la falta de información, sino también en la ausencia de ajustes razonables que permitan adaptar la comunicación, el tiempo y la explicación médica a las necesidades específicas de cada mujer, esto se traduce en experiencias de incertidumbre, despersonalización y falta de acompañamiento, en donde los procesos de embarazo y parto son vividos con poca preparación y una

limitada participación informada del personal de salud hacia las madres autistas (Hampton et al., 2022, 2023; Smith et al., 2026).

La ausencia de ajustes razonables también se manifestó cuando las formas habituales de comunicación de los servicios no respondían a las necesidades particulares de las participantes. Algunas señalaron dificultades para responder numerosas preguntas durante situaciones de estrés o para procesar y retener información proporcionada rápidamente. Frente a esto, desarrollaron estrategias propias, como solicitar mayor tiempo, anotar las indicaciones, acudir acompañadas o proponer recursos alternativos de comunicación. La evidencia ha señalado la importancia de utilizar lenguaje claro, permitir más tiempo de respuesta y ofrecer apoyos escritos o visuales a personas autistas dentro de los servicios sanitarios. En el contexto de la atención durante el embarazo, también se ha identificado la necesidad de una comunicación clara y de ajustes individualizados por parte del personal de salud (Nicolaidis et al., 2015; Hampton et al., 2023).

“nos bombardean con preguntas, y que no podemos como contestar, y que solamente nos confunden (...) que sean como preguntas muy claras, y si es posible tener un sistema de comunicación aunque sea....un panel impreso con un sí, un no, lo que, algo básico que pudiéramos señalar, sería como genial” (Hera, 43).

“requiero hacer ciertas preguntas o que requiero anotar lo que me están diciendo, para que me den el tiempo, porque ellos van con su ritmo de consulta” (Selene, 28).

“yo tenía que poner muchísima atención, o la persona que iba conmigo yo le decía “pon atención, porque yo no puedo retener lo que me están queriendo explicar” (Bastet, 40).

En esta subcategoría, las participantes mencionaron que sus experiencias fueron atendidas desde modelos estandarizados de atención que no contemplan diferencias sensoriales, de comunicación o emocionales que pueden estar asociadas al autismo. Artemisa señala la necesidad de que el personal de salud cuente con una formación especializada sobre autismo y todo lo relacionado a esta condición (como perfiles sensoriales, formas de comunicación, etc.), mencionando que muchas de sus experiencias eran invalidadas o poco comprendidas dentro de la atención médica y también plantea la importancia de incorporar ajustes personalizados dentro de la atención perinatal:

“el movimiento fetal yo también lo empecé a sentir como la semana 17, “es que es muy pronto”, pero yo lo estoy sintiendo, y es algo que, se ocupa más concientización en el personal médico que es posible en el caso eh...del autismo (...) Que se capaciten lo que es realmente el autismo, perfiles sensoriales, necesidades sensoriales, que pregunten a la paciente “¿Cómo es tu perfil sensorial?”, “¿Cómo te sentirías más cómoda?” (...) y aparte que entiendan que las necesidades sensoriales son dinámicas” (Artemisa, 33).

Por su parte, Selene reflexiona que las instituciones de salud tanto públicas como privadas, no cuentan con la preparación suficiente para atender a mujeres autistas embarazadas, relacionando la falta de preparación con la poca visibilidad social y médica de las mujeres autistas adultas y madres neurodivergentes; también relata que esta ausencia de acompañamiento especializado continúa incluso en etapas posteriores al embarazo y parto, como la lactancia:

“Es muy poco conocido que hay mujeres autistas o niñas autistas, segundo, creo

que... es poco conocido que hay mujeres autistas que llevan un proceso de embarazo. Entonces, no, no creo que haya una sensibilización hacia el tema (...) La lactancia en general para todas las mamás es un proceso muy sensible, muy cercano y muy íntimo, que bien puede ser diferente para todas, y... y pues no, o sea no, no hay ese acercamiento a lo mejor para, para esas fases, ¿no?, ni para el pre, ni para el durante, no creo que haya acercamiento hacia la mujer autista como tal, ni hacia el adulto autista, ¿no? pero pues... hacia la mujer autista no hay” (Selene, 28).

Los testimonios anteriores muestran que la atención perinatal continúa formándose desde protocolos estandarizados que no contemplan las diversas necesidades de las maternidades autistas y neurodivergentes. La ausencia de ajustes sensoriales, estrategias de comunicación accesible, tiempos adecuados y acompañamiento individualizado, generan experiencias en donde las madres autistas se sienten desatendidas, incomprendidas y con ausencia de apoyo durante procesos altamente sensibles y demandantes como lo es el proceso perinatal (Grant et al., 2025; Smith et al., 2026).

Sin embargo, la experiencia no fue igual para la mayoría, ya que dentro de las narrativas también surgieron experiencias donde el reconocimiento clínico de la neurodivergencia permitió una atención más adecuada. Leto expresa que una vez comunicando su diagnóstico de autismo durante su procedimiento quirúrgico (cesárea), el personal de salud ajustó su trato de manera más sensible y respetuosa:

le dije al anestesiólogo, “yo soy autista”, y el anestesiólogo, “ok, Leto”, y me acuerdo que cuando me... entre sueños (...) entre los enfermeros se decían, “ella es autista”, entonces, y el otro enfermero, de, “ah, ok”, entonces, como que te, si te

trataban con más tacto, y eso a mí me hizo sentir súper segura y me hizo sentir muy tranquila (...) fue como de, “ah, ok, ese es su diagnóstico y vamos a tratarla, pues, según sus requerimientos” (Leto, 38).

Este testimonio muestra cómo el reconocimiento del diagnóstico de autismo y la validación de las necesidades de las mujeres autistas dentro de las instituciones de salud, pueden favorecer experiencias de atención más comprensivas, individualizadas y adaptadas durante el proceso materno (Hampton et al., 2023; Smith et al., 2026). En la subcategoría, también se evidencia cómo muchas de las experiencias de embarazo, parto y posparto estuvieron atravesadas por relaciones profundamente desiguales entre las mujeres y las instituciones de salud. Las participantes describieron prácticas que estuvieron marcadas por la invalidación del dolor, la falta de explicaciones en los procedimientos, el trato indiferente y la minimización constante de sus necesidades físicas y emocionales.

Estas vivencias se intensifican en la intersección entre género, maternidad y neurodivergencia, donde sus malestares eran constantemente interpretados como exageraciones, histeria o incapacidad para tolerar procesos considerados como “normales”. Algo que estuvo muy presente, fue la sensación de no ser escuchadas ni tomadas en serio durante momentos de vulnerabilidad física y emocional:

“en el IMSS una vez me dijeron, “estás embarazada nada más, no estás enferma”, me decían (...) una vez una doctora me dijo eso, o sea, “no estás enferma, estás embarazada, tranquila (...) vomitaba y vomitaba (...) sí sentí así como que los doctores así como que “ay, qué lloroncita eres, qué exagerada”, o sea, “estás embarazada” (Bastet, 40).

“¡estás gritando como animal, aquí no se viene a gritar!” “me sentía muy sola, muy abandonada, muy perdida” (Selene, 28).

Estas dinámicas de poder adquirieron expresiones más evidentes en algunos procedimientos obstétricos y decisiones reproductivas. Las participantes describieron intervenciones invasivas realizadas con información insuficiente, contacto físico no anticipado y presión para aceptar procedimientos pese a haber expresado previamente su negativa. En estos casos, la violencia obstétrica no estuvo relacionada únicamente con el dolor físico, sino también con la reducción de las posibilidades de comprender, consentir y participar en las decisiones sobre sus propios cuerpos.

“sufrí como violencia obstétrica, pero en ese entonces, pues no sabía lo que era, y esos momentos si los recuerdo mucho porque fueron muy dolorosos, o sea, me... me causó mucho, mucho dolor, que...los ginecólogos introdujeran sus dedos y me rompieran membranas (Elpis, 32).

“Me exigieron mucho que me ligara las trompas, eh... cuando di a luz, se me pusieron tres enfermeras, y empezaron a decirme, “¡te vamos a meter a quirófano otra vez, para que te liguen las trompas, porque tú ya no deberías de tener más bebés, mira nada más la edad que tienes”! (...) y seguían y seguían (...) yo ya había estado en recuperación de la cirugía, y todavía querían volverme a meter al quirófano (Selene, 28).

“te sientes muy violentada... sí de que te toquen” (Afrodita, 40).

Las participantes identificaron que estas formas en que eran tratadas parecían sostenerse también en sesgos de género que están profundamente normalizados dentro de los servicios de salud. Minerva relata que, durante su embarazo fue con frecuencia juzgada por su edad y peso:

“prácticamente me dijeron que era una vieja gorda embarazada” (Minerva, 42).

Desde una perspectiva interseccional, estas experiencias muestran que las relaciones de poder biomédico se cruzaron con expectativas de género y, en algunos casos, con la neurodivergencia, afectando las posibilidades de autonomía de las participantes. La edad, la condición materna, la forma de expresar el malestar y las expectativas acerca de la capacidad para tomar decisiones podían adquirir importancia simultáneamente dentro de la atención, produciendo experiencias particulares de vulneración.

Algunas narrativas de las mujeres autistas ponen en evidencia cómo las experiencias de embarazo, parto y posparto estuvieron determinadas por sus posibilidades económicas las cuales condicionaron no solo el acceso a los servicios de salud, sino también la calidad del trato recibido, el acompañamiento emocional y las posibilidades de atención individualizada. Las experiencias muestran que la diferencia entre atención pública y privada no estaba limitada a cuestiones materiales, sino que estuvieron atravesadas por desigualdades socioeconómicas que pueden influir en la calidad percibida de la atención, el trato recibido y las posibilidades de participación y acompañamiento durante el proceso reproductivo (Sosa-Sánchez, 2018; Doubova et al., 2025). En este sentido, algunas participantes identificaron que el acceso a servicios privados representó una forma de protección frente a experiencias de negligencia, despersonalización o abandono institucional:

“desgraciadamente, este país es, el trato que puedas pagar, es para lo que te alcanza, la dignidad para la que te alcanza” (...) “el trato que puedas pagar; desgraciadamente, este país es, el trato que puedas pagar, es para lo que te alcanza,

la dignidad para la que te alcanza, así suena; y lo he notado” (Leto, 38).

“tuve muchísimo privilegio porque... pues fue en un hospital privado” (Minerva, 42).

“digamos que por la clase social, pude pagarme las consultas prenatales privadas (...) si hubiera nomás tenido la opción pública, mmm, probablemente hubiera tenido complicaciones (Artemisa, 33).

En contraste, la falta de recursos económicos incrementaban el estrés emocional y reducían las posibilidades de elección durante el embarazo. Gaia describe que gran parte de su experiencia estuvo marcada por una preocupación constante de no poder cubrir gastos básicos relacionados con la maternidad:

“ni siquiera disfruté del embarazo... en vez de estar pensando ‘cómo voy a pagar la consulta’ (Gaia, 36).

Las condiciones económicas no solo incidieron en el acceso a los servicios, sino también en la manera en que algunas participantes experimentaron seguridad, tranquilidad y autonomía durante el embarazo. La posición socioeconómica funcionó así como una dimensión que podía ampliar o reducir el efecto de otras barreras institucionales y personales (Sosa-Sánchez, 2018). Respecto a lo anterior, Selene dice lo siguiente:

“tenía un buen trabajo, bien pagado, y yo me compraba y hacía y deshacía lo que yo quería. (...) si me quería ir a comprar un vestido nuevo para lucir mi pancita, me iba y me compraba un vestido nuevo de maternidad. Si quería comprarme mi extractor de leche, pues me compré un extractor de leche así precioso, bombas portátiles (...) Me metí a cursos de lactancia... me sentía muy... muy contenta (...) el factor

emocional y económico tiene mucho que ver (...) es lo que influyó mucho en mi proceso, influyó muchísimo eso (Selene, 28).

En resumen, las narrativas muestran que la atención perinatal está atravesada por condiciones socioeconómicas que pueden ampliar o limitar las posibilidades de acceder a determinados servicios de salud y modalidades de atención. En este sentido, las desigualdades económicas pueden reflejarse en diferencias en la calidad de atención percibida, el acceso a información, el acompañamiento y las posibilidades de ejercer autonomía durante la atención materna (Sosa-Sánchez, 2018; Doubova et al., 2025).

En conjunto, los resultados muestran que el capacitismo en la atención perinatal no se manifestó únicamente mediante actos explícitos de discriminación, sino también a través del desconocimiento del autismo en mujeres adultas, la estandarización de la comunicación, la falta de ajustes razonables, la deslegitimación del malestar y las relaciones jerárquicas que podían limitar la autonomía. A su vez, estas experiencias estuvieron atravesadas por relaciones de género y por condiciones socioeconómicas que ampliaron o restringieron las posibilidades de acceso, elección y participación. De esta manera, género, clase y discapacidad no actuaron como dimensiones independientes, sino que se relacionaron y produjeron experiencias diferenciadas dentro de la atención perinatal.

1.2 Regulación social de la maternidad y agencia reproductiva en mujeres autistas

En esta subcategoría la internalización de normas de género en las trayectorias de vida, el proceso de embarazo y la maternidad de las mujeres autistas, surgió como un proceso mediante el cual las participantes integraron expectativas socioculturales

sobre lo que significa ser mujer, formar una familia y/o ejercer la maternidad. Estas normas influyeron en sus proyectos de vida y en la forma en que interpretaron sus decisiones reproductivas y midieron sus propias experiencias. Dichos mandatos tuvieron significados muy particulares en mujeres autistas, debido a que, además de enfrentar las exigencias relacionadas con los modelos tradicionales de feminidad, debieron negociar constantemente entre sus propias necesidades y deseos, y las expectativas sociales de adaptación y aceptación.

La maternidad apareció, en algunos testimonios, como parte de una trayectoria socialmente esperada, construida a partir de normas de género que establecen ciertas etapas como deseables en la vida de las mujeres (de La Rochebrochard & Rozée, 2022). Metis reconoció que su deseo de ser madre estuvo vinculado tanto a una aspiración personal como a un modelo de vida que fue aprendido, en el que estudiar, casarse, tener hijos y formar una familia eran parte de aquello que socialmente se esperaba de ella:

*“¿qué representó para usted el tener un embarazo primeramente y luego posteriormente un parto? (...) **Metis:** fue como...como un sueño cumplido (...) creo que fue, es algo que se va...construyendo por, como por regla social (...) estudias, te casas, tienes hijos, formas una familia, te haces viejito, este, y ya, vivieron felices para siempre. Siento que es parte de los dos (**Metis, 43**).*

Estas expectativas también adquirieron formas más directas de presión sobre las decisiones reproductivas (de La Rochebrochard & Rozée, 2022). Hera expresó que lo que inicialmente había considerado una decisión propia, posteriormente fue

reconocido como una elección que estuvo influenciada por mandatos sociales relacionados con casarse y tener hijos:

“Pues en ese momento fue propia, pero, ahora sé que estuvo influenciada (ríe) por toda la sociedad, ¿no? de, “tienes que tenerlo” (...) “siento que sí hay una presión social muy fuerte para...ser mamá, ¿no?, o para tener hijos, o para “cásate y ten hijos”, y “esto es lo que tienes que hacer” (...) era lo que me habían trazado, entonces...en ese momento yo no pude decir que no” (Hera, 43).

Estos relatos muestran que los mandatos de género se pueden manifestar de forma poco visible, al grado de formar parte de los proyectos de vida como si fueran elecciones completamente individuales. De esta manera, la maternidad puede construirse como un deseo personal y como una expectativa social al mismo tiempo, mientras que las presiones familiares y culturales pueden condicionar aquellos que se considera una trayectoria femenina adecuada. Esta naturalización de la maternidad como parte esperada de la identidad femenina ha sido señalada también en estudios que cuestionan su construcción como destino o función inherente de las mujeres (Arias-Palomeque, 2018; Ferrante & Tiseyra, 2024).

La regulación social también continuó presente cuando las participantes tomaron decisiones alejadas de los modelos familiares tradicionales. Leto explicó que, a pesar de sentirse segura de sus propias decisiones, las críticas externas podían generar dudas debido a su deseo de agradar, pertenecer y ser aceptada.

“yo me siento segura con la decisión, pero empiezan con esas cosas y mi deseo de agradar, de ser aceptada, de pertenecer, empieza como que a invadirme y... y entonces ahí empiezo a dudar (Leto, 38).

En resumen, se muestra que la maternidad y las decisiones reproductivas de las mujeres autistas se desarrollan dentro de marcos socioculturales que establecen formas de vida consideradas ideales y deseables. La internalización de estas normas influye en la construcción de los deseos de la maternidad y en las maneras de valorar las propias decisiones de vida, lo que genera dilemas constantes entre la agencia individual, las expectativas de género y la búsqueda de reconocimiento social.

Dentro de la subcategoría, se presentaron mandatos de productividad y de seguir cumpliendo con las responsabilidades cotidianas durante la maternidad que se manifestaron a través de la presión social e internalizada por mantenerse activas, útiles y productivas. Estas exigencias se relacionan con ideales sociales de maternidad que demandan a las mujeres responder simultáneamente a múltiples roles y responsabilidades, aun durante periodos de importantes cambios físicos y emocionales (García-Plata & Garcia-Molina, 2025). En las mujeres autistas, estas demandas pueden adquirir características particulares debido a los esfuerzos adicionales que supone responder a exigencias sociales, sensoriales y cotidianas durante el embarazo y la maternidad (Hampton et al., 2023; Lockington & Gullon-Scott, 2025). La siguiente participante menciona que estos mandatos son interiorizados y reproducidos aún en contextos donde el descanso y el cuidado resultan necesarios:

“fue un embarazo de alto riesgo, en el cual no pude hacer muchas cosas, pero bueno, soy artesana, entonces hice algunas cosas de artesanía como para no sentirme mal de no hacer nada, porque...la productividad (hace comillas con sus manos), ¿no? (Hera, 43).

Por otra parte, se expresa una normatividad de género y naturalización del cuidado a través de expectativas sociales que suponen que las mujeres tienen de manera innata los conocimientos y las habilidades necesarias para ejercer la maternidad. Desde una visión interseccional, estas exigencias tienen efectos específicos para las mujeres autistas, quienes además de enfrentar las demandas que están asociadas al rol materno deben responder a estándares normativos los cuales invisibilizan sus necesidades de aprendizaje, acompañamiento y apoyo. Algunas participantes mencionaron lo siguiente:

“como mujeres como que no, muchas veces se, se piensa, que por ser mujer sabemos qué va a pasar en los procesos, ¿no?” (Metis, 43).

“en uno no esperan que sepas nada, y en el otro esperan que ya sepas todo, porque ya eres mamá. Siento que esa es la expectativa” (Selene, 28).

Estos testimonios reflejan de qué manera la maternidad funciona como un momento de cambio en las expectativas sociales, en el que se asume automáticamente la capacidad de cuidar, responder y solucionar de manera correcta a las necesidades de los hijos e hijas. Estas expectativas alimentan la naturalización del trabajo de cuidado y pone a las madres bajo una constante evaluación de su desempeño, reforzando ideales de maternidad que se presentan como universales y que pocas veces toma en cuenta la diversidad de experiencias y condiciones desde las cuales las mujeres practican la maternidad. En el caso de las mujeres autistas, estas expectativas pueden adquirir una complejidad adicional, debido a las demandas sociales, sensoriales y cognitivas que implica la maternidad y a la presión por responder a

modelos socialmente establecidos de lo que significa ser una “buena madre”

(Lockington & Gullon-Scott, 2025; Talcer et al., 2023).

Algo relevante en esta subcategoría, es que surgió la crítica a la romantización de la maternidad, expresando tensión entre los discursos sociales que presenta el embarazo y la crianza, así como en experiencias consideradas satisfactorias y las vivencias reales de las participantes, quienes cuestionan dichos hechos idealizados. Estas críticas adquieren importancia en mujeres autistas, ya que la experiencia materna puede no ajustarse con los ideales normativos que están asociados al “instinto” o al vínculo inmediato con el bebé, sino que este puede construirse de manera gradual y tomar formas distintas en cada mujer (Donovan et al., 2023). La siguiente participante ejemplifica esta ruptura con el ideal romantizado al mencionar lo siguiente:

“Yo no, yo no entendía lo que decían las mujeres, de que “siéntelo, vívelo”, o sea, yo no experimenté esa parte (...) todo el embarazo fue como “yo hice un trabajo, yo estaba haciendo un trabajo”, yo así lo veía yo” (Afrodita, 40).

La narrativa de Afrodita muestra una experiencia de maternidad vivida principalmente por el cumplimiento de responsabilidades y de las demandas cotidianas del embarazo, más que desde la conexión emocional idealizada por la sociedad, a la vez que cuestiona el discurso dominante al afirmar lo siguiente:

“se romantiza muchísimo la maternidad durante, no solamente pues en, en el embarazo, en el parto, sino también en la crianza” (Afrodita, 40).

Estas narrativas muestran distintas formas de distanciamiento frente al ideal romantizado de la maternidad. Mientras algunas participantes describieron el

embarazo sin experimentar la conexión emocional que socialmente se espera, otras expresaron sentimientos ambivalentes hacia el ejercicio de la maternidad. Con lo anterior, sus relatos muestran que la experiencia materna no necesariamente cumple con las expectativas sociales de plenitud, realización y amor incondicional, y puede incluir cansancio, sobrecarga o rechazo al rol materno, sin que esto implique necesariamente ausencia de afecto hacia los hijos (Dugdale et al., 2021).

En este sentido, dentro de la subcategoría surge una narrativa que resulta particularmente significativa en mujeres autistas, debido a que permite visibilizar cómo el mandato de “amor incondicional de madre” puede entrar en tensión con experiencias reales de sobrecarga emocional, sensorial y vital asociadas al cuidado. Hera relata esta duplicidad mencionando lo siguiente:

“amo a mi hijo, lo adoro, pero...si pudiera regresarlo, lo regresaría, eh...si pudiera evitar ser mamá, lo, lo haría (Hera, 43).

Este testimonio no implica una ausencia de afecto hacia el hijo, sino un rechazo al rol materno, el cual es entendido como una posición atravesada por expectativas sociales de cuidado, disponibilidad y responsabilidad constante. En mujeres autistas, estas exigencias pueden coexistir con sentimientos de amor hacia los hijos y, al mismo tiempo, con experiencias de sobrecarga, pérdida de espacios personales y dificultades para conciliar la identidad materna con otros aspectos de sí mismas (Lockington & Gullon-Scott, 2025).

Algunas narrativas mostraron un cuestionamiento de la maternidad normativa y una afirmación de la identidad femenina más allá del rol materno. Minerva expresa una clara resistencia a reducir su identidad a la maternidad y reconoce otras

dimensiones de su identidad mas allá de la maternidad, vinculando además el autocuidado con su forma de maternar:

“hay una cosa que yo tengo muy clara que decidí y es que no soy solo mamá. O sea, sigo siendo Minerva, Minerva persona, Minerva amiga, Minerva trabajadora, Minerva mamá, Minerva... ¿Sabes? O sea, no me fusiono con que “ay, solo soy mamá” (...) que en mi filosofía de maternar, primero voy yo y luego va mi hijo (Minerva, 42).

En esta subcategoría, la toma de decisiones reproductivas aparece influida por procesos de diálogo, ajustes y decisiones compartidas, donde la autonomía no se ejerce de forma completamente individual, sino en interacción con la pareja y con las condiciones materiales y emocionales del entorno; una de las participantes describe cómo la decisión se construyó en conjunto, aunque finalmente recayó en su propia valoración de estabilidad personal:

“cuando nos embarazamos y todo, ambos decidimos, pero también por mi salud mental, una familia no tradicional, o sea, eh...no necesito que él esté viviendo aquí para yo sentir que estoy plena y que le importamos a mi pareja (Leto, 38).

De manera complementaria a lo que menciona Leto, Artemisa muestra que la decisión de continuar con su embarazo estuvo acompañada por la participación de su pareja y por la posibilidad de tomar en cuenta distintas alternativas, lo cual favoreció una toma de decisiones con mayor autonomía:

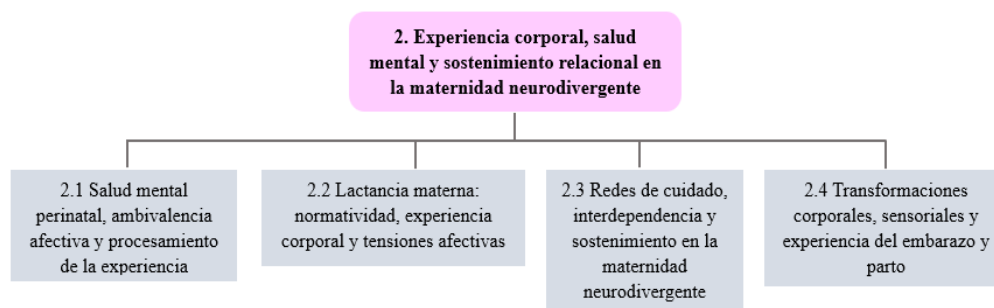
“cuando me enteré del embarazo (...) en el ultrasonido fue que me confirmaron el número de semanas le dije: “Tú decides, yo estoy abierta a todo” Me dijo: “No podría con la culpa”, bueno y pues... se continuó el proceso (Artemisa, 33).

Categoría 2. Experiencia corporal, salud mental y sostenimiento relacional en la maternidad neurodivergente

La categoría dos está compuesta por cuatro subcategorías (Figura 3) y aborda la experiencia de la maternidad neurodivergente desde sus dimensiones corporales, emocionales y relacionales, considerando la salud mental perinatal, la lactancia, las transformaciones sensoriales y corporales del embarazo y parto, así como el papel de las redes de cuidado y apoyo. Las narrativas muestran cómo estas experiencias se encuentran atravesadas por las características propias de la neurodivergencia, las demandas de la maternidad y las condiciones sociales y familiares en las que se desarrolla el cuidado.

Figura 3

Experiencia corporal, salud mental y sostenimiento relacional en la maternidad neurodivergente



Nota: La imagen muestra el nombre de la categoría dos y el de sus respectivas subcategorías. Elaboración propia.

2.1 Salud mental perinatal, ambivalencia afectiva y procesamiento de la experiencia

En esta subcategoría, el trauma obstétrico surgió como una experiencia profundamente relacionada a las características propias del procesamiento neurodivergente y a las condiciones en que las participantes vivieron el proceso de embarazo y parto; para algunas mujeres autistas los cambios físicos, emocionales y corporales que están asociados a la gestación, ocurrieron a un ritmo que les resultaba difícil de asimilar, provocando una sensación de desajuste entre la experiencia vivida y la capacidad de comprenderla en el momento. Un testimonio impactante es el de Hera, ya que ella describe su embarazo como una experiencia muy traumática, mencionando que mientras apenas comenzaba a procesar que estaba embarazada, su cuerpo ya mostraba los cambios propios del embarazo; esta dificultad para asimilar los hechos fue más allá del parto, al grado de que durante años le resultó imposible hablar o incluso nombrar lo que le había ocurrido. Ella menciona que una vez que compartió su experiencia en espacios colectivos de mujeres madres autistas, fue que logró reconocer retrospectivamente lo traumático de lo vivido y entender que había vivido violencia obstétrica:

“vivir el embarazo fue muy traumático para mí porque, mi cerebro no procesa rápido los cambios entonces, mientras yo estaba apenas asimilando que ya estaba embarazada, bueno, pues ya tenía yo la panza, ¿no?, fue que yo asimilé que yo estaba embarazada (...) esta es como la cuarta vez que lo platico (...) por 17 años no podía no podía ni siquiera hablar de la experiencia, porque yo decía, “ay, no, fue horrible” (...) mucho trauma, mucho dolor, mucho sufrimiento, o sea, dolor emocionalmente, por no poder entender lo que estaba pas.... o sea, tantos cambios (...) hasta ahora puedo decir que fue traumático (...) por años no lo hablé. Años, yo

no podía ni hablar de, del tema, ni nombrarlo, ni nada (...) justamente el año pasado me, me...invitaron a un conversatorio de mujeres autistas y la maternidad, que decidí hablarlo, pero....era...es, era muy difícil (...) cuando lo hablé, entendí que era un trauma, y entendí que había vivido violencia obstétrica, o sea, ya cuando lo solté, pero fueron 17 años que no lo hablé” (Hera, 43).

Desde una visión interseccional, este relato muestra que las necesidades propias de procesamiento, anticipación y comprensión de las mujeres neurodivergentes pueden entrar en conflicto con modelos de atención obstétrica que son pocos sensibles a dichas particularidades, aumentando el malestar y dificultando la elaboración posterior de la experiencia. Las narrativas de las participantes también reflejan desajustes en el procesamiento y la expresión de la experiencia emocional durante la maternidad, especialmente en la identificación, comunicación y comprensión de los estados emocionales; Gaia señaló lo siguiente:

“a mí me cuesta mucho trabajo encontrar las, o sea, el nombre de las emociones (...) no me puedo comunicar de con mi red de apoyo eh... completamente bien (...) se me hace muy difícil em... hablar, de... de lo que siento y de cómo me siento y de qué es lo que siento. Aunque sí, sí, sí, puedo decir que se siente como eso, pero no sé exactamente cómo, cómo decírselo a la otra persona” (Gaia, 36).

Los relatos anteriores muestran dificultades para identificar, nombrar y expresar emociones, así como para procesar cambios inesperados, aspectos que pueden estar relacionados con características del autismo, como la alexitimia (dificultad para identificar, expresar y procesar emociones propias) y la rigidez cognitiva. Sin embargo, estas dificultades no deben entenderse únicamente como

rasgos individuales de la neurodivergencia, ya que su impacto también depende de los entornos relacionales e institucionales en los que se desarrollan. Durante procesos de alta demanda sensorial, corporal y emocional, como el embarazo y el parto, estas características pueden volverse más intensas, especialmente cuando los servicios de salud y las expectativas sociales privilegian formas normativas de expresión emocional y de adaptación. Esto puede generar experiencias de incomprensión, aislamiento y escaso reconocimiento de las necesidades particulares de las madres neurodivergentes (Confederación Autismo España, 2018; Vaiouli & Panayiotou, 2021).

La desregulación emocional, la ambivalencia afectiva y el malestar perinatal se expresaron de manera intensa y sostenida a lo largo de la experiencia de la maternidad, relacionándose con estados previos de ansiedad, depresión y vulnerabilidad emocional, así como con condiciones sociales y de cuidado muy demandantes; Atenea con su siguiente testimonio, expresa que durante su embarazo experimentó una pérdida de control emocional y una vivencia marcada por la culpa:

“me acuerdo que en ese periodo... yo tenía muchísima ansiedad (...) todo el tiempo estaba muy preocupada, o sea, yo no estuve tranquila en ningún momento (...) Siempre he sentido mucha culpa... con mi hija (...) Primero por el embarazo, luego porque no he estado con ella... pero siempre ha sido una constante en mí ese sentimiento” (Atenea, 44).

El siguiente testimonio narra un proceso de desbordamiento emocional caracterizado por depresión, ansiedad social, dificultades de concentración y sentimientos frecuentes de soledad y abandono. La experiencia de la participante

estuvo marcada por múltiples demandas (cuidado infantil, trabajo y estudios) que conformaron un escenario de saturación constante, en donde el malestar emocional no solo se mantenía, sino que se reorganizaba como estrategia de supervivencia, incluyendo momentos de disociación y funcionamiento en estado de alerta, Selene menciona lo siguiente:

“fue una pelea emocional muy fuerte, los primeros seis meses de mi embarazo, estuve en depresión (...) aun así tenía que ir a trabajar, pero, tenía muchos problemas de concentración. Me era muy difícil entablar relaciones sociales, tenía mucha ansiedad social (...) Como que el estrés era más a la depresión, entonces tienes que seguir (...) el chaparrito se enfermaba mucho, todos los meses era estarlo llevando a pediatra (...) también estaba intentando llevar la universidad al mismo tiempo. Entonces, era una saturación increíble de tareas y de cosas por hacer (Selene, 28).

Lo anterior expone cómo la neurodivergencia, las exigencias del trabajo reproductivo y las condiciones de salud mental previas se entrelazan con las distintas responsabilidades asumidas durante la maternidad intensificando la vivencia de malestar emocional durante este proceso. La acumulación de actividades relacionadas con el cuidado, el trabajo y la formación académica en madres autistas, puede incrementar la sobrecarga y reducir los espacios disponibles para la recuperación emocional así como presentar dificultades para conciliar las responsabilidades laborales y de cuidado, especialmente cuando existe poco reconocimiento de sus necesidades y apoyos insuficientes; asimismo, la sobrecarga derivada de la

acumulación de roles se ha relacionado con mayores síntomas depresivos durante la transición a la maternidad (Gore et al., 2024; Perry-Jenkins et al., 2007).

Dentro de las experiencias de salud mental perinatal, la depresión posparto surgió como una experiencia marcada en un principio por el silenciamiento, la dificultad para nombrar el malestar y la posterior posibilidad de reconocimiento y afrontamiento del fenómeno; es importante mencionar que, la depresión posparto es entendida como una condición mental severa que se relaciona con síntomas psicológicos y alteraciones de patrones biológicos, entre los que se pueden presentar principalmente, un estado emocional triste, altos niveles de cansancio y cambios en el sueño (Caparros-Gonzalez et al., 2018). Al respecto, Elpis relata lo siguiente:

“tuve depresión posparto (...) a los dos meses que había nacido mi niña, yo empecé con síntomas de ideaciones suicidas y...esa depresión me duró dos años, este fue bien fuerte y...muy silenciosa porque pues...solamente yo sabía, si traté de buscar ayuda pero... psicológica nunca (...) también era difícil como que...pues yo hablara de eso con alguien; entonces, me lo callé todo (...) entonces como que decía “¿cómo le voy a decir a alguien que me quiero morir si acabo de ser mamá?” y, y como que la culpa era lo que no me dejaba hablarlo (...) lo que me ayudó a decir “bueno, o sea, tengo como esto, que me está sucediendo, también le sucede a otras mujeres” (Elpis, 32).

La experiencia de Elpis estuvo caracterizada por la ausencia de apoyo psicológico y por la imposibilidad de poder expresar su sufrimiento; en su relato, el silencio se vincula a la culpa y a la incompreensión de su propio estado emocional, lo que hacía aún más difícil la búsqueda de ayuda. Sin embargo, el proceso de

reconocimiento de la depresión posparto funcionó como un momento clave al identificar que se trataba de una condición de salud mental que también atravesaban otras mujeres. El silenciamiento, el temor al juicio y las dificultades para reconocer el propio malestar han sido identificados como barreras frecuentes para la búsqueda de ayuda durante el periodo perinatal (Button et al., 2017; Hu et al., 2023). Desde la interseccionalidad, este proceso evidencia cómo la maternidad, las condiciones de acceso a servicios especializados y la salud mental, se cruzan generando trayectorias en las que el sufrimiento puede permanecer invisibilizado durante largos periodos antes de ser reconocido y atendido.

2.2 Lactancia materna: normatividad, experiencia corporal y tensiones afectivas

En esta subcategoría, la lactancia materna surgió como una experiencia que estuvo atravesada por mandatos sociales que la posicionan como una práctica fundamental, deseable y moralmente exigida dentro del modelo de la maternidad. Los discursos construyeron la lactancia como un ideal de cuidado que está basado en la exclusividad, la continuidad y la naturalización del acto de amamantar, sin tomar en cuenta en muchos casos, las condiciones sensoriales, emocionales y neurodivergentes de las mujeres autistas. En este contexto, la lactancia materna no se comprende solamente como un proceso biológico, también lo hace como una expectativa social que influye en la manera en que se valora el desempeño de las madres.

En las vivencias de las participantes, la lactancia se expresó como un proceso profundamente corporal y contextualizado que está atravesado por sensaciones físicas intensas, dificultades de succión y experiencias de alimentación que estaban lejos del ideal normativo, tal y como mencionan las siguientes participantes:

“como Emma no agarro mi pecho. Entonces tuve ¿sabes cómo tuve que alimentarla? con mi dedo, tenía que darle de comer con una jeringa y con mi dedo meterle cada, cada 2 horas lechita con su boquita chiquitita, meter mi dedo para que ella aprendiera a succionar” (Gaia, 36).

“La lactancia es muy invasiva (...) yo iba a hacer lactancia materna exclusiva (...) Eh... no me pego tanto al bebé, prefiero extraerme, porque, tener al bebé pegado también es muy invasivo, es súper invasivo (Leto, 38).

Estas prácticas de lactancia materna muestran que este proceso no siempre se lleva a cabo como un proceso “naturalizado”, sino que se viven como una experiencia que requiere apoyo, ajustes y adaptación a las condiciones específicas del cuerpo materno. En este contexto, aparecen tensiones afectivas importantes entre el vínculo corporal que implica la lactancia; Afrodita da un ejemplo de esta tensión mencionando que el cuerpo es percibido como un espacio constantemente utilizado sin medida de consentimiento; ella menciona lo siguiente:

“me parecía invasivo que alguien hiciera eso con mi cuerpo (...) es algo demasiado privado, que estés usando mi cuerpo (...) O sea, no te pide permiso, no es un...es un “uso tu cuerpo”, ¿sabes?, “uso tu cuerpo y...no me importa si estás preparada” (Afrodita, 40).

Estas experiencias muestran que la lactancia puede adquirir una importante dimensión sensorial y corporal en las mujeres autistas, las cuales presentan dificultades relacionadas con el dolor, la sensibilidad al contacto, la succión, el reflejo de eyección de la leche y la sensación de saturación provocada por el contacto físico continuo con el bebé; asimismo, algunas madres recurren a estrategias como la

extracción de leche o modificaciones en la forma de alimentar para responder a sus propias necesidades sensoriales y corporales (Grant et al., 2022; Hampton et al., 2022).

Como consecuencia de dichas tensiones, la lactancia se reorganiza como una práctica de negociación entre las expectativas normativas y las posibilidades corporales y emocionales de las madres; los relatos evidencian la manera en que el género, la neurodivergencia y los discursos biomédicos del cuidado se entrelazan en la producción de experiencias maternas complejas, en donde la agencia y el malestar corporal se presentan al mismo tiempo.

2.3 Redes de cuidado, interdependencia y sostenimiento en la maternidad neurodivergente

Dentro de esta subcategoría, los relatos de las participantes evidencian que la maternidad neurodivergente se desarrolla en estructuras familiares diversas, en donde el cuidado se construye a partir de relaciones de interdependencia que adquieren formas distintas de acuerdo a las condiciones familiares, económicas y sociales de cada participante. En algunos casos, las redes de cuidado se construyen con ayuda de la participación de parejas y familiares que comparten responsabilidades cotidianas. Hera, por ejemplo, menciona lo siguiente:

“mi esposo también es él...o sea...da un montón, él es autista y tdh, y requiere más apoyos que yo, y que mi hijo, mi hijo también es autista (...) yo trabajaba, estudiaba, mi hijo iba a escuela de tiempo completo, y yo no lo veía, otros se hacían cargo, eran mis papás o mi esposo (...) mi esposo, mi mamá lo llevaban a la escuela” (Hera, 43).

En el testimonio anterior, la participante describe una organización familiar en la que ella, su esposo y su hijo comparten condiciones neurodivergentes, lo que lleva a que las experiencias de cuidado sean distribuidas entre distintos integrantes de la familia. Lejos de la imagen tradicional de la madre como principal cuidadora, su testimonio muestra que el cuidado se construye desde la interdependencia, en el que la pareja y la familia participan en las actividades cotidianas de crianza y permiten responder a las diferentes necesidades de apoyo; siendo de suma importancia la pareja y los vínculos familiares como fuentes de comprensión, acompañamiento y apoyo en la crianza (Dugdale et al., 2021; García-Molina & Cortés-Calvo, 2025).

En relación con la anterior, la neurodivergencia no aparece solo como una condición individual, sino como una experiencia compartida que reorganiza las dinámicas familiares y las formas de responder a las demandas de crianza en la vida diaria, resaltando la importancia de las redes familiares para garantizar la continuidad de crianza.

De forma similar, Selene narra que las elevadas demandas sensoriales y de regulación de su hijo durante los primeros meses de vida implicaron una reorganización de las dinámicas familiares y de las prácticas cotidianas de cuidado. Más que una distribución de tareas, su experiencia refleja la construcción de formas de cuidado basadas en el apoyo y en la adaptación, en donde la respuesta a las necesidades del niño dependió de ajustes constantes por parte de madre y padre; ella menciona lo siguiente:

“mi hijo el más pequeño está diagnosticado como autismo grado I(...) lo que lo vuelve difícil es que fue un bebé de alta demanda, altísima demanda (...) Tenía que

mi marido ponerse también la ropa que yo usaba y nos organizábamos con lactancia porque sí, era muy difícil mantenerlo tranquilo (...) era muy complicado” (Selene, 28).

Este testimonio muestra que la crianza de un hijo neurodivergente en ocasiones puede transformar las formas en que se ejerce el cuidado, haciendo de la interdependencia algo necesario para sostener la vida familiar frente a las demandas que exceden las expectativas convencionales de la maternidad y en conjunto, los testimonios señalan cómo la interdependencia funciona como un recurso importante para el sostenimiento cotidiano de la maternidad y la crianza (García-Molina & Cortés-Calvo, 2025). Sin embargo, no todos los casos son iguales, las siguientes participantes relatan experiencias distintas que están marcadas por la ausencia o escasa participación de los padres de sus hijos, Bastet y Gaia mencionan lo siguiente:

“yo miraba a él como que pues... muy verde, pero tampoco interesado en querer que las cosas salieran pues, o sea, entonces, pues yo me sentía más sola. Me sentía más sola de que él no, no, no, no tenía esa aspericia pues o... el tacto de decir de que “Ah, pues acabas de tener bebé, esto”, o sea (Bastet, 40).

“el papá biológico no quiso aceptar su responsabilidad (...) siento que fue cobarde, y... creo que eso es lo que a mí me ha ayudado, o que me ayudó a... a decir, “yo no quiero ser cobarde, y no quiero a una persona cobarde en mi vida, con otra vidita, con una chiquitita”, ¿no? (Gaia, 36).

Estos testimonios permiten observar de que forma la experiencia de la maternidad se encuentra influida de manera simultánea por condiciones de género, discapacidad y clase social. Ser mujeres neurodivergentes implica enfrentar barreras

asociadas a la comprensión y validación de sus necesidades de apoyo; al mismo tiempo, la maternidad en solitario las coloca en una posición de desigualdad frente a los padres de sus hijos, quienes pueden desvincularse parcial o totalmente de las responsabilidades de cuidado, especialmente cuando los padres de sus hijos se desvinculan parcial o totalmente de la crianza. En madres que crían en solitario, la ausencia de corresponsabilidad parental puede incrementar las demandas cotidianas y la necesidad de recurrir a redes familiares y comunitarias para sostener el cuidado (Lavian et al., 2024).

Esta situación produce una sobrecarga material y emocional, ya que las madres asumen de manera predominante las tareas de crianza, organización doméstica y son el sostén económico del hogar. En este sentido, la interdependencia no siempre se configura a partir de la corresponsabilidad parental, sino que frecuentemente requiere recurrir a otras redes familiares y comunitarias para compensar la ausencia de apoyos institucionales y sociales que aumentan las responsabilidades asumidas por las mujeres en el ejercicio de la maternidad.

Por otra parte, esta subcategoría también refleja que las redes de apoyo, el sostenimiento emocional y las estrategias de regulación cotidiana no funcionan como recursos uniformes para todas las mujeres, sino que varían según las circunstancias y las redes disponibles que dependen de las condiciones de género, discapacidad, clase y contexto familiar de las participantes. En este sentido, el apoyo no solo acompaña la maternidad, sino que en muchos casos la hace posible o, por el contrario, su ausencia aumenta las condiciones desfavorables para el cuidado. Algunas participantes mencionaron lo siguiente:

“mi mamá me dijo, “tú te vas a venir aquí a la casa cuando tengas a tu hijo”, y eso pues ayudó muchísimo (...) mi esposo y mi mamá fueron ese gran apoyo que yo necesitaba, hacían todo ellos, ellos lavaban la ropa del bebé (...) mi mamá me hacía de comer, me hacían todo, y eso me ayudó muchísimo, porque yo sí estaba muy mal (...) ahí sí me di cuenta que yo no podía maternar sola, en esos primeros días, yo me di cuenta que yo sola no podía, y yo dije, “pues si tengo red de apoyo, pues no me suelten porque yo sola no voy a poder”, y...durante muchos años, no he maternado sola (...) si yo me hubiera quedado muchos días sola con mi hijo, yo no sé qué hubiera pasado conmigo, o sea, porque no, yo no podía maternar, o cuidar, o, estar bien, o sea, en ese momento no, y agradezco mucho esa como, red de apoyo que yo he tenido, porque no, porque, yo estaba muy mal” (Hera, 43).

“Le pedí a mi esposo que, se saliera de trabajar y que cuidara al otro chaparrito porque el otro chaparrito estaba abandonando el pañal (...) Si yo me sentía mal, él iba por mi hasta la oficina y me llevaba (...) me ayudaba mucho mi pareja, pero por ejemplo yo quería estar también comiendo hielo todo el tiempo, entonces, él me congelaba fruta, la molía y ya me daba la fruta molida (...) Mi esposo fue la red de apoyo más grande, emocionalmente hablando, él fue la red de apoyo, todavía lo es, mi mamá fue una red de apoyo (...) En mi trabajo fue una red de apoyo también. Eh, mis compañeros, sobre todo (Selene, 28).

En experiencias como las de Hera y Selene, el sostenimiento se estructura desde una red relativamente amplia donde la pareja, la familia y, en ciertos momentos, el entorno laboral, funcionan como espacios que brindan apoyo material y emocional. El testimonio de Hera evidencia cómo la interdependencia permite redistribuir la carga del cuidado frente a episodios de desregulación y de alta

demanda. Selene, por su parte, muestra cómo incluso los gestos cotidianos de la pareja (como adaptar alimentos o reorganizar rutinas ante necesidades sensoriales) se convierten en estrategias de regulación que sostienen al niño y también a la madre en su propio proceso neurodivergente.

En resumen, en esta subcategoría, se manifiesta que las redes de apoyo no deben entenderse como un complemento del cuidado, más bien como una estructura social desigual que distribuye de manera específica la posibilidad de matinar. En el caso de las madres neurodivergentes, esto se vuelve más crítico, pues la regulación emocional y cotidiana no depende solo de recursos individuales, sino de la existencia o ausencia de vínculos que sostengan la vida en condiciones de alta exigencia corporal, emocional y económica.

2.4 Transformaciones corporales, sensoriales y experiencia del embarazo y parto

Los testimonios analizados en esta subcategoría permiten comprender que los cambios físicos asociados al embarazo y al parto en las mujeres autistas fueron percibidos de maneras distintas por las participantes, adquiriendo especial relevancia las experiencias sensoriales e interoceptivas. Estas particularidades influyeron en la forma en que algunas mujeres identificaron, interpretaron y respondieron a las sensaciones corporales propias del proceso reproductivo, evidenciando que la experiencia corporal del embarazo y el parto no fue igual entre las participantes.

En el proceso de embarazo, estas alteraciones no constituyen solo cambios físicos inesperados, sino que también conforman experiencias intensificadas y en muchos casos, desbordantes, que dan lugar a la experiencia de las mujeres neurodivergentes con su propio cuerpo. Estas transformaciones se expresan en una

hiper o hipo sensibilidad que tiene su efecto en los olores, sonidos, texturas, dolor y la propia percepción interna del cuerpo, dando resultado a una vivencia de extrañamiento corporal difícil de ser reconocida dentro de los marcos biomédicos tradicionales. Algunas participantes vivieron el embarazo con sensaciones internas consideradas profundamente inusuales:

“yo sentí los primeros días como el óvulo se iba como enraizando en la matriz, no sé cómo explicártelo, pero era como si sintiera que estaba sacando raíces el óvulo (...) Es que esas sensaciones en el cuerpo de que algo te está creciendo, de que algo se está enraizando, sentía como se me abría el útero, unas sensaciones que yo nunca había sentido ni cuando me iba a bajar la menstruación” (Leto, 38).

“cuando la niña estaba en tercer trimestre, dos veces, sentí la manita de la niña acariciándome el útero por dentro, sentí los deditos (...) pero adentro del útero (...) había periodos donde sentía que los órganos internos se me movían, sentía los ligamentos como se me estiraban que sostienen el útero” (Artemisa, 33).

Las experiencias anteriores son frecuentemente ignoradas por el entorno médico y social bajo la idea de que “todas las mujeres lo sienten igual”. Esta normalización borra la particularidad de la percepción corporal de las mujeres neurodivergentes y produce una forma de invalidación que no solo cuestiona el relato, sino la propia capacidad de interpretar el cuerpo. Asimismo, la condición de ser mujer autista intensifica la vivencia del embarazo, al colocar la experiencia corporal en un patrón constante de deslegitimación social.

Al describir la manera en que estaban viviendo su proceso de embarazo, el testimonio de algunas participantes, entraba en duda con los discursos normativos que

presentan el embarazo femenino como una experiencia homogénea y común para todas las mujeres, donde la respuesta frecuente de “todas lo sentimos igual” funciona como un mecanismo de normalización que borra la diferencia sensorial:

“lo que más recuerdo es que la gente (...) me llegaban a decir que yo estaba como exagerando un poco (...) les decía todo lo que yo sentía físicamente, y todos me decían, “es normal, todas lo sentimos”, y yo, “pero es que se siente”, o sea, yo sentía que lo normalizaban mucho, o que era como deja pues, “normal, “todas lo vivimos” (...) como que a veces lo tomaban mal, porque pensaban que a lo mejor no quería estar embarazada; entonces pensaban que yo rechazaba a mi bebé, porque yo me quejaba, porque yo decía, “pues es que no me gusta vomitar tanto”, es difícil sentir como los pechos empiezan a crecer, y también sientes como se te va expandiendo la piel, y de repente tienes venas que se marcan, o sea, son unos cambios que... como que, los tienes en la cabeza pero no te dicen que así vas a vivirlos y, que te van a afectar tanto si eres muy sensorial” (Leto, 38).

“yo me sentía como única como que decía: “¿porque yo me quejo y las demás mujeres no se quejan?, o sea, este ¿qué tengo diferente yo?” muchas veces me preguntaba (...) muchas veces le pregunté a algunas mujeres “oye de que ¿verdad que es bien fuerte y lo que sientes y así?” y pues... muchas me decían que no, o sea, que había sido normal, unas ya andaban haciendo ejercicio después de la cesárea a los dos meses y yo todavía así como que, sin querer tocarme esa parte ni nada” (Elpis, 32).

“te sientes el extraterrestre toda la vida, o sea, yo digo, “¿por qué?, ¿por qué todos hacen eso y yo...no quiero? ¿Por qué?” O sea, siempre era como el ¿por qué?, ¿por qué?, ¿por qué?” (Hera, 43).

“hasta ahorita ¿no? yo me siento loca porque el doctor, o sea, es de que “no, pues, es que traes mucha náuseas”, o sea, “tómame esto (imitando voces)” y yo “no me hace, no me hace y no puedo” y, o sea, “batallo para ir a trabajar, batallo para, para hacer eso” (...) decía yo, “¿por qué los demás no me entienden?” “¿Por qué las demás no les pasa?” (...) con la sociedad me alejo... o sea, prefiero alejarme porque, o sea, veo lo mismo de que les digo, “es que traigo esto muy fuerte”, y así, como que, “ay, es un embarazo”, o sea, siento como que soy una embarazada de otro planeta, no sé” (Bastet, 40).

Esta invalidación no solo cuestiona su percepción corporal, también produce un cuestionamiento basado en expectativas sobre lo que se considera correcto en la maternidad, y por ende, sus malestares son interpretados como posible rechazo a la maternidad o al bebé. Desde esta perspectiva, la neurodivergencia intensifica la percepción sensorial del embarazo, la cual hace más evidente el dolor, los cambios corporales y la sobrecarga interoceptiva; además expone a la mujer a formas de juicio externo que interpretan su diferencia perceptiva como problemática. Así, sentir “de otra manera” no es solo una variación corporal, sino una posición socialmente cuestionada, donde la experiencia corporal se enfrenta a un entorno sociocultural que exige procesos emocionales y sensoriales esperados en la maternidad.

Por otra parte, Hera introduce una dimensión importante al describir su hiposensibilidad interoceptiva, específicamente en relación con el dolor y las señales corporales durante el parto, ella menciona lo siguiente:

“era difícil al final del embarazo, esta parte de no sentir como las ganas de ir al baño (...) yo soy hiposensible justamente en (...) no siento mucho dolor (...) no sentí

contracciones (...) todo mundo me dijo que me iba a doler muchísimo, que iba a sentir contracciones, que iba a llorar, que me pusieran la anestesia porque si no no iba a aguantar, que quién sabe qué y pues no (ríe), no sentí nada de contracciones, ¿no?, no sentía dolor, nada” (Hera, 43).

Los testimonios anteriores muestran que la experiencia sensorial e interoceptiva del embarazo en mujeres neurodivergentes no es homogénea ni predecible, pues se encuentra profundamente influida por las circunstancias particulares de cada mujer y puede presentarse de forma e irregular. La intersección entre neurodivergencia, embarazo y normatividad biomédica produce una serie de tensiones donde la relación con el cuerpo se caracteriza por variaciones entre la hipersensibilidad, la desregulación y la disminución de la percepción corporal, y donde estas variaciones son frecuentemente invalidadas o malinterpretadas. Esto revela una diversidad corporal y una desigualdad en el reconocimiento de sus experiencias, en torno a qué cuerpos son considerados confiables para narrar su propia experiencia.

En esta subcategoría se evidenció que más allá de las demandas físicas del cuidado por las que atraviesan las mujeres autistas, existe una acumulación de exigencias emocionales, cognitivas y de organización que en algunas ocasiones exceden las posibilidades de respuesta de estas mujeres, uno de los relatos más impactantes es el de Hera, ella dice lo siguiente:

“si pudiera evitar ser mamá, lo haría (...) me rebasó por completo el ser mamá, (...) para mí era demasiado, yo decía “esto es demasiado para mí, o sea, no puedo” (...) mi mamá también me lo decía, que un día llegaron a mi casa y que mi hijo tenía

diarrea, y que yo lo tenía todo embarrado, y que yo estaba llorando, y que yo no sabía qué hacer, entonces cuando ella llegó y que me vió en esa situación de no poder resolver, que ella le dijo a mi papá, “es que tiene algo, es que algo tiene, es que no puede ser que sea mamá y que no pueda hacer esto” (dice con voz llorosa) (...) pues no sabían que yo era autista tampoco, ¿no?, pero mi mamá se acuerda de eso y decía, “es que, algo tan sencillo como que tu hijo tenía diarrea, y que era limpiarlo y a lo mejor darle el medicamento, llevarlo al médico, no lo hiciste”, y yo: “no, no podía” (limpia sus lágrimas y acomoda sus lentes (...)) en serio no podía resolver ni cosas mínimas (...) luego de verme rebasada completamente como mamá (...) nos dimos cuenta que no estábamos preparados para ser papás (Hera, 43).

Lo anterior, pone en tensión los mandatos sociales de la maternidad competente con las necesidades de apoyo que permanecían invisibilizadas al no contar aún con un diagnóstico de autismo. Desde una perspectiva interseccional, esta experiencia muestra cómo la interacción entre maternidad, neurodivergencia y ausencia de apoyos adecuados puede transformar tareas que están socialmente consideradas como simples en escenarios con dificultades para mantener el funcionamiento cotidiano. En este sentido, la sobrecarga no se configura como una dificultad individual, sino como el resultado de expectativas normativas de cuidado que desconocen la diversidad de formas en que las mujeres habitan, procesan y responden a las demandas de la crianza.

Por otra parte, el proceso de embarazo también implicó transformaciones físicas y la presencia de algunas condiciones obstétricas en estas mujeres, las cuales colocaron a varias participantes en escenarios de riesgo para su salud y la de sus

bebés; casos de preeclampsia, diabetes gestacional, amenazas de aborto y partos prematuros muestran que la gestación estuvo atravesada por procesos de vulnerabilidad corporal que exigieron revisiones médicas constantes y también, la posibilidad de intervenciones de emergencia. Los siguientes testimonios reflejan trayectorias en donde el cuerpo se convierte en un espacio de incógnita permanente, en el que las mujeres deben afrontar los riesgos clínicos, el desgaste físico y la preocupación por la salud fetal y materna al mismo tiempo:

“Desarrollé diabetes gestacional (...) pubalgia (...) en el embarazo empecé con hipertensión” (Artemisa, 33).

“Con el primer embarazo sí tuve... como que principios de preeclampsia (...) lo único que sí me ha salido es anemia (...) el niño nació de 36 semanas, o sea, nació antes” (Bastet, 40).

“Ella nació de ocho meses y medio (...) mi embarazo fue de alto riesgo” (Gaia, 36).

“cuando me están sacando al bebé, escucho que el doctor dice “lo sacamos a tiempo, porque trae meconio” (Leto, 38).

“fue un embarazo de alto riesgo” (Hera, 43).

“tenía resistencia a la insulina (...) se me empezó a subir la presión, o sea, ya traía preeclampsia pues, traía datos de preeclampsia” (Afrodita, 40).

“cuando tengo la séptima amenaza de aborto” (Atenea, 44).

“tuve una anemia severa y bajé bastante de peso” (Selene, 28).

Los relatos anteriores permiten observar que las condiciones de riesgo obstétrico comprometen la salud física y, a su vez, generan experiencias de angustia, inseguridad y temor ante una posible pérdida (Almeida et al., 2023). Desde una perspectiva interseccional, estas vivencias adquieren una complejidad particular al

cruzarse con formas neurodivergentes de experimentar el cuerpo, el dolor, la incertidumbre y la relación con los sistemas de salud, dando lugar a experiencias de embarazo que van en contra de las narrativas normativas de gestación como un proceso predecible y seguro.

En la presente subcategoría, la experiencia medicalizada del parto aparece en lo narrado por las participantes como un proceso que, en distintos grados, causó una ruptura de la orientación corporal, es decir, una sensación de extrañamiento del propio cuerpo y una pérdida de control sobre lo que estaba ocurriendo. Varias participantes describieron procedimientos obstétricos invasivos, dificultades con la anestesia, intervenciones médicas poco explicadas y una intensa exposición corporal que transformó el parto en una experiencia profundamente perturbadora.

Para las mujeres autistas, estas experiencias adquirieron una intensidad particular debido a la hipersensibilidad táctil, la necesidad de anticipación y la dificultad para procesar múltiples estímulos, haciendo que el contacto constante del personal, los procedimientos rápidos y la falta de adecuaciones sensoriales fueran vividos como formas de invasión corporal; las participantes también describieron sensaciones de desconexión con el propio cuerpo, pérdida temporal de la noción de sí mismas, incapacidad para comprender lo que estaba sucediendo o para responder a las indicaciones médicas en medio de la intensidad sensorial del proceso:

“Los dolores de parto es como si te estuvieran cortando y estuvieras despierto sintiendo todo, o sea, son dolores de las entrañas (...) yo sentía que me habían partido en dos (...) yo no sentía de mi estómago para abajo, sólo sentía demasiado dolor a la mitad del cuerpo, como si me hubieran cortado las piernas. Era mucho,

mucho el dolor, y si me movía poquito sentía que otra cosa se iba a romper (...) fue muy difícil porque, yo sentía que se me iba a partir el cuerpo (...) después del parto, no pude bajar las escaleras como 15 días” (Gaia, 36).

“lo sensorial es muy difícil, es muy... abrumador. Sentir cómo tu cuerpo no lo puedes... no diría controlar, pero que no sabes qué hacer con tu cuerpo, es el cuerpo haciendo su labor y tú estás ahí para ponerte flojita y cooperando. Todas las sensaciones, los dolores, todo lo sensorial, para mí fue lo más feo” (Leto, 38).

“empiezo a sentir como me empiezan a romper capa por capa, eso lo sentí, ¿no? En mi piel, porque en mi piel sí soy hipersensible, en lo de adentro (...) y entonces yo empecé a sentir y yo dije, ”pues es que yo creo que así se siente” yo sentí todo (...) pero ahora sé que no, que la anestesia debería de haber hecho de no sentir absolutamente nada em....y yo sentí todo y sentí cuando lo sacaron y todo (Hera, 43).

El siguiente relato ilustra los extremos de la medicalización y de la agencia corporal; por un lado, partos altamente intervenidos en el que se perdió la capacidad de percibir y dirigir sus propios cuerpos; por otro, un parto precipitado en el que el cuerpo actuó de manera autónoma, más allá de los deseos o instrucciones de otras personas:

“Lupita, mi ginecóloga me dice (...) “Afrodita, ¿estás bien? Estás sudando mucho”.

“Pues...sí”, le dije (...) “pues es que te veo” me dijo, “o sea, te veo que estás sudando mucho, y te veo ya muy pálida, te voy a revisar” (...) traía, no sé si cuatro o cinco de dilatación, yo no sentía nada (...) me dijo, “te voy a volver a revisar”. Me para, y ya no me puedo parar. O sea, ya estaba en labor de parto (...) me llevan a la cama y cuando me acuesto en la cama, ahí se me rompe la fuente, y ya, o sea, la niña

empieza a coronar. Miranda nació en dos pujadas, o sea, en cuanto me acuesto, se rompe la fuente, y Lupita me decía, “¿vas a pujar cuando yo te diga?”, “No”, le dije, “tengo que pujar ya pues”. O sea, no... nadie me dirigió el parto más que el puro cuerpo (...) yo no sentía que estaba en el control del cuerpo, o sea, el cuerpo entró en un momento automático, que tú me decías, no vas a pujar, pues yo no podía decirle, no vas a pujar, porque, eh...ya mi cuerpo había entrado en un... en algo, y es muy fuerte pues, es muy...impresionante, no saber que puedes controlar”, o sea, ¡no pude controlar eso! (Afrodita, 40).

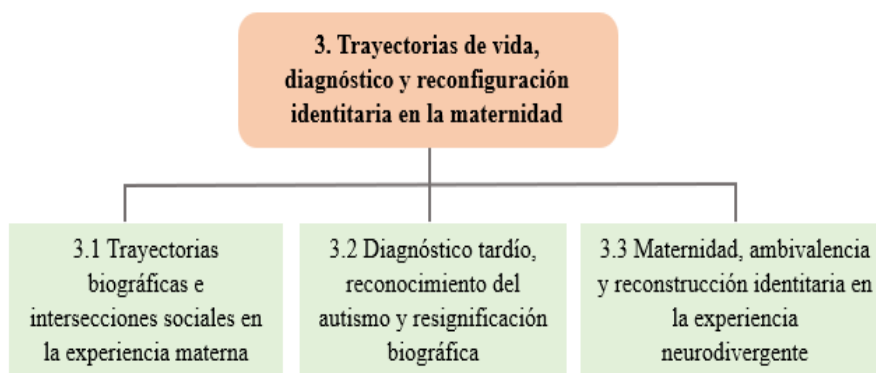
En resumen, estos relatos evidencian cómo la experiencia del parto se conforma en la intersección entre las prácticas médicas, las características sensoriales del autismo y las condiciones corporales particulares de cada mujer, produciendo vivencias en las que la relación con el propio cuerpo se vuelve incierta, condicionada por las intervenciones médicas y, en algunos casos, difícil de comprender y controlar.

Categoría 3. Trayectorias de vida, diagnóstico y reconfiguración identitaria en la maternidad

La presente categoría está conformada por dos subcategorías (Figura 4) y aborda cómo las trayectorias de vida, las condiciones sociales y de salud, el diagnóstico de autismo y la experiencia de la maternidad intervienen en la construcción y transformación de la identidad de las mujeres autistas. Las narrativas muestran que la maternidad y el reconocimiento de la neurodivergencia favorecen procesos de autoconocimiento, resignificación de experiencias pasadas y reconstrucción de las formas de comprenderse, cuidarse y ejercer la maternidad.

Figura 4

Trayectorias de vida, diagnóstico y reconfiguración identitaria en la maternidad



Nota: La imagen ilustra el nombre de la categoría tres y el de sus respectivas subcategorías.

3.1 Trayectorias biográficas e intersecciones sociales en la experiencia materna

En esta subcategoría se encuentra que las trayectorias reproductivas de las mujeres autistas no pueden comprenderse solo desde la experiencia del embarazo o la maternidad, también lo hacen a partir de las condiciones estructurales, económicas, familiares y de salud que son antecesores de dichos procesos de vida. Las participantes describen historias que estuvieron marcadas por condiciones médicas previamente existentes, experiencias de violencia, condiciones de salud mental, desafíos relacionados con la alimentación, pérdidas gestacionales y contextos familiares que estuvieron caracterizados por la falta de apoyos o la ausencia afectiva; dichas experiencias dan resultado a escenarios diferentes desde los cuales se vive y se da significado a la maternidad:

“Técnicamente yo no podía embarazarme, por el mismo problema del Ehlers-

Danlos” (...) yo embarazada empecé a estudiar alimentación complementaria, para

que tenga una alimentación balanceada (...) no tuve la mejor educación en la alimentación, no tuve tanta actividad física, tuve una adolescencia muy sedentaria” (Artemisa, 32).

“yo desde niña, ya presentaba, eh... pues, estrés. Yo crecí en un ambiente de violencia (...) Yo crecí en un ambiente de estrés (...) yo trabajaba desde los 15, 16 años. Entonces, ya para mí era normal una rutina laboral (...) para mí ya era como normal tener depresión (ríe) (...) yo ya venía de un entorno de por sí con depresión, ansiedad (...) mi segundo bebé llega, eh... tras un aborto. Entonces este aborto desencadena hipotiroidismo” (Selene, 28).

“antes de que yo me embarazara yo tuve temas de bulimia y de anorexia” (Atenea, 44).

Las narrativas anteriores muestran que la condición neurodivergente interacciona con otros ejes de desigualdad y de vulnerabilidad. En algunos casos, la maternidad estuvo atravesada por enfermedades crónicas (Síndrome de Ehlers-Danlos) que implicó riesgos reproductivos y llevó a que se implementaran estrategias de cuidado que estuvieron orientadas a la salud futura de los hijos; en otros casos, las trayectorias estuvieron marcadas por entornos de violencia, estrés crónico, depresión y responsabilidades laborales a temprana edad.

Asimismo, experiencias como la bulimia, la anorexia, los abortos espontáneos o la ausencia de redes afectivas sólidas evidencian cómo los procesos reproductivos se desarrollan en contextos en donde se relacionan dimensiones biológicas y emocionales. De manera conjunta, estos relatos muestran que la maternidad surge como un proceso que está profundamente influido por circunstancias personales y

sociales, moldeado por la acumulación de experiencias de vida y por la interacción entre salud, género y relaciones familiares.

También surgen conflictos derivadas de los mandatos de género y las expectativas normativas sobre la maternidad; las participantes cuestionan representaciones idealizadas que presentan el vínculo materno como inmediato, natural o exento de dificultades, describiendo en cambio procesos marcados por el desgaste físico, la recuperación corporal, la construcción progresiva del vínculo con los hijos y la necesidad de priorizar el autocuidado. Asimismo, algunas narrativas evidencian experiencias de estigma asociadas a la neurodivergencia, la discapacidad o la crianza de hijos con necesidades de apoyo, así como sesgos de género que naturalizan la competencia materna mientras reconocen de manera importante la participación paterna:

“en casa es un trabajo en equipo, porque a veces yo no puedo cargar a la niña, cuando trabajo, cuidan a la niña” (Artemisa, 33).

“mi esposo y mi mamá fueron ese gran apoyo que yo necesitaba” (Hera, 43).

“yo todavía no hablo abiertamente mi diagnóstico, porque, paso de estar eh...dando explicaciones (...) mi hijo, mi hijo eh...tiene pocas necesidades de apoyo, lo que se llama nivel uno, o lo que dirían nivel uno por ahí. Y... Mercedes eh...tiene...un poco más de necesidades de apoyo, sería un nivel dos” (Afrodita, 40).

“pasa con mi esposo, que él llega con los niños, y el, él sabe perfectamente lo que hace porque él es un gran papá” (Selene, 28).

En conjunto, los relatos muestran que la maternidad no se constituye como una experiencia homogénea, sino como un proceso contextualizado en el que

interactúan condiciones estructurales, desigualdades sociales, de salud mental, relaciones de cuidado y sistemas de apoyo, produciendo trayectorias diversas de adaptación, resistencia y reorganización cotidiana.

3.2 Diagnóstico tardío, reconocimiento del autismo y resignificación biográfica

Esta subcategoría refleja que el diagnóstico tardío de autismo en mujeres no se deriva únicamente de la ausencia de valoración clínica, sino a la vinculación de distintas barreras estructurales, económicas, familiares y socioculturales que están influenciadas por el género. Las mujeres autistas describen trayectorias en las que sus experiencias fueron invisibilizadas debido a modelos diagnósticos contruidos históricamente a partir de perfiles de autismo descritos predominantemente en hombres. Estas condiciones pueden dificultar que profesionales de la salud y familiares reconozcan oportunamente sus características y necesidades de apoyo (Bargiela et al., 2016; Hamdani et al., 2023).

Metis comenta que incluso al expresar sus sospechas diagnósticas recibió respuestas que descartaban la posibilidad de que fuera autista por el hecho de ser mujer, mientras que Artemisa relata cómo el capacitismo y ciertos estereotipos (como poder mirar a los ojos, hablar en público o tener altas capacidades) contribuyeron a cuestionar en repetidas ocasiones su condición y retrasar la búsqueda de un diagnóstico formal:

“he recibido de parte de profesionales de la salud que atendían a mi hijo (...) antes de un diagnóstico yo les decía “yo tengo la sospecha de que...yo soy autista” y...me lo han dicho, o sea, “tú no, en todo caso sería tu esposo”, yo, “no, yo sé que mi esposo también, pero también yo”, o sea ¿porque yo no p...?, “no, es que el autismo

se da más en hombres”, pues sí, pero también habemos mujeres autistas” (Metis, 43).

“hasta que dije, “voy a buscar al diagnóstico”, porque yo había tenido varias, varias, de que “sí soy”, “no, no eres”, o sea, entraba como la negación y capacitismo, “es que puedes ver a los ojos”, “puedes hablar en público”, “puedes hacer esto” y ya tiempo después me di cuenta que era también por la doble excepcionalidad, que la doble excepcionalidad, las altas capacidades tapaban los síntomas de autismo (Artemisa, 32).

A su vez, los discursos indican que la invisibilización diagnóstica se articula con otras condiciones sociales. Bastet destaca que las limitaciones económicas la llevaron a priorizar el diagnóstico de sus hijos antes que el suyo, reflejando cómo las responsabilidades de cuidado y las desigualdades en el acceso a servicios especializados influyen en las trayectorias diagnósticas de las madres; mientras que Atenea recuerda cómo señales tempranas identificadas durante su infancia no fueron atendidas debido a las circunstancias familiares y generacionales:

“salen muy caros los estudios y no he podido como que abiertamente poder tratar bien el tema... pues con todos, incluso conmigo porque pues, yo también no me he tratado por lo mismo de que prefiero estarlos tratando a ellos (...) pero dije yo “no me voy a hacer el diagnóstico yo, prefiero hacérselo a él y que salga él” (Bastet, 42).

“cuando le mandan a hablar a mi mamá del kinder porque detectan en mí comportamientos que no... son aptos, o sea, que son... fuera de lugar, mi mamá no me atendió. A ella sí se le avisó” (Atenea, 44).

De manera conjunta, las voces de las participantes muestran que el diagnóstico tardío aparece de la intersección entre sesgos de género, desconocimiento

profesional, barreras económicas, exigencias de cuidado y escasa visibilización del autismo en mujeres, produciendo largos periodos de incomprensión de experiencias sensoriales, emocionales y sociales que solo adquieren sentido retrospectivamente tras el reconocimiento diagnóstico. Las participantes coinciden en que un diagnóstico temprano habría transformado significativamente sus trayectorias de vida al permitirles comprender sus diferencias sensoriales, emocionales y sociales desde etapas más tempranas:

“al entender eso, saber que mi procesamiento sensorial es diferente, que mi procesamiento de la realidad es diferente por el autismo. Sentí paz e hice las paces con mi pasado. O sea, fue como quitarme un peso de encima, más que nada”
(**Artemisa, 33**).

“¿crees que hubiera sido diferente la experiencia de cómo viviste tu proceso de embarazo y de parto el que ya estuvieras consciente de que tienes esta condición?”
(...) **Elpis:** *Sí pienso que pudo haber sido diferente porque...si yo hubiera sabido que era autista y que ya mi...que ya sabía que mi sentido del tacto pues estaba mucho más sensible a tal vez el de otras mujeres, pienso que me hubiera preparado mucho más a cuando tuve la cesárea (...) y si pienso que pudo haber sido distinto porque tal vez, hasta también hubiera...buscado la manera de, ponerme en contacto con otras madres autistas y compartir experiencia”* (**Elpis, 32**).

“yo no me sabía autista en ese momento, yo tenía 25 años y me diagnosticaron hasta los 38; mm...entonces, pues muchas cosas no... pues no sabía, ¿no? Y tampoco sabía, por ejemplo, esto de que no me da hambre, sed o...o que hasta... O sea, sí lo sabía, pero yo no sabía que se llamaba hiposensibilidad interoceptiva, y, ¿no? y que podía ser por ser autista, etcétera, entonces esas cosas pues yo no las sabía y

tampoco podía comunicarnos (...) llegaron los diagnósticos y llegó una calidad de vida que ni él ni yo nunca habíamos tenido, porque nunca habíamos tenido los aportes que requeríamos” (Hera, 43).

En general, los testimonios sugieren que el diagnóstico más temprano de autismo habría favorecido el acceso a apoyos y ajustes razonables, a una mayor comprensión de sí mismas y a una mejor calidad de vida a lo largo de sus trayectorias personales y familiares; esto adquiere relevancia, ya que, una identificación más oportuna de autismo puede favorecer mayores oportunidades de comprensión, acompañamiento y adaptación (Bargiela et al., 2016; Hamdani et al., 2023).

Los siguientes discursos exponen que la maternidad se presentó como un momento decisivo en el reconocimiento de la condición autista de algunas participantes; en el caso de Metis y Hera, fue a partir del diagnóstico de sus hijos que iniciaron procesos de identificación y búsqueda diagnóstica para sí mismas, resignificando experiencias previas que durante años habían percibido como dificultades personales o sentimientos de extrañeza:

“estamos súper agradecidos con mi hijo, porque también nos ponemos a pensar, que pues si no hubiéramos tenido un hijo (...) pues muy probablemente no hubieran llegado nuestros diagnósticos y....siempre vamos a estar agradecidos con mi hijo de que gracias a él, llegaron los diagnósticos y llegó una calidad de vida que ni él ni yo nunca habíamos tenido, porque nunca habíamos tenido los aportes que requeríamos” (Hera, 43).

“debido al diagnóstico de mi hijo menor, fue que yo llegué a mi diagnóstico (...) si...yo no hubiera sido madre pues nunca hubiera llegado a mi diagnóstico, seguiría

en mí misma idea de que...” pues no sé qué me pasa, pero soy extraña, no encajo al 100 en la sociedad, intento, hacer lo que todos hacen para sentirme parte de”, sin saber el por qué, por qué me pasan las cosas, ¿verdad?” (Metis, 43).

Lo anterior sostiene que, en el caso de muchas mujeres autistas, la maternidad facilitó el acceso al diagnóstico de autismo y también impulsó una reorganización familiar basada en una mayor comprensión de las necesidades de apoyo, generando mejoras significativas en su calidad de vida. Así, las participantes perciben el diagnóstico de sus hijos como un hecho que transformó no solamente la vida de sus hijos, sino además, sus propios procesos de autoconocimiento y de bienestar.

Esta subcategoría revela que para muchas participantes, el diagnóstico de autismo les permitió comprender sus sensibilidades sensoriales, dificultades de regulación, formas particulares de procesamiento y necesidades de apoyo desde una perspectiva no patologizante, generando sentimientos de alivio, autocompasión y reconciliación con ellas mismas, además, este proceso de autoconocimiento fue más allá de la experiencia individual, transformando las prácticas de cuidado, la autonomía y las decisiones reproductivas; así, el reconocimiento de la neurodivergencia puede contribuir a una mayor autoaceptación y comprensión de cómo las necesidades sensoriales y emocionales intervienen en las dinámicas familiares y de crianza (García-Molina & Cortés-Calvo, 2025).

“Ha sido algo muy fuerte este... mi diagnóstico. Yo ahora entiendo muchas cosas que en aquel entonces pues no entendía (...) yo soy muy ansiosa, siempre he tenido ansiedad y hasta ahora sé por qué es, y en ese entonces sentirme así... me sacaba de, de control (...) ahora que ya sé mi diagnóstico es como algo en lo que yo ya no

quiero voltear atrás (...) yo ya no quiero ser la persona que fui antes, o sea, ya no quiero estar expuesta a tantos peligros, a tantas cosas, a... a una vida como la que yo llevaba ¿verdad? Ya no quiero (...) o sea, ha sido algo muy fuerte porque... me doy cuenta que si yo no me doy cuenta de mi diagnóstico nadie me iba a poder ayudar, y yo estaba pasando... y toda la vida he pasado y pasé por muchas cosas... que yo no comprendía. Si yo hubiera tenido mi diagnóstico, la vida para mi hubiera sido... más cálida, más noble, más reconfortante, mi vida ha sido muy... muy intensa, muy descontrolada (...) hasta ahora yo siento que llevo el control. Antes yo no sentía que yo tuviera el control de eso, por eso me sentía expuesta (...) ahora que ya sé lo que tengo, pues ahora ya me quiero cuidar yo, o sea, el autocuidado, y ya dejar todo lo demás atrás, como que me siento una nueva persona” (Atenea, 44).

“yo pienso que si hubiera sabido hace mucho tiempo que yo era autista, a lo mejor no hubiera sido madre, porque mis papás no me hubieran dejado como... ellos, ellos hubieran sabido y... con sus restricciones y todo, no me hubieran dejado tan sola, como me dejaban, o tal vez sí” (Selene, 28).

“el diagnóstico me cambió la vida por completo, y me salvó la vida por completo, y no solamente salvó mi vida, salvó a mi familia literalmente (...) me tardo un...tiempo en acceder a mi diagnóstico, pero yo sola, fui como...haciendo cosas y como pude me fui como ayudando (...) luego ya llego al diagnóstico y el diagnóstico, o sea (suspira), fue... fue un alivio, fue... ”no es mi culpa”, ¿no? eh...fue pues librarme de un montón de cosas y decir, “¡claro!, por qué soy diferente”, “¡ah!, por eso me violentaban”, “¡ah!, por eso mis papás no me entendían”, “¡ah!”, ¿no?, este...fue un alivio muy grande tener el diagnóstico y tener la ayuda terapéutica que necesitaba” (Hera, 43).

En resumen, las narrativas revelan que el diagnóstico tardío además de generar autoconocimiento en las participantes, produjo una reconstrucción de su identidad, las relaciones familiares, las prácticas de cuidado y los proyectos de vida en la intersección entre género, neurodivergencia, maternidad y acceso a apoyos especializados.

3.3 Maternidad, ambivalencia y reconstrucción identitaria en la experiencia neurodivergente

En esta subcategoría, las participantes describen la maternidad y el embarazo como experiencias de profunda transformación, que estuvieron vinculadas con el inicio de una nueva ida y con un punto de partida en sus trayectorias personales, a partir del cual modifican la forma de comprenderse a sí mismas y a su propia existencia. De la misma manera, los acontecimientos muestran que estos significados se construyen en la intersección entre la experiencia corporal, las expectativas sociales sobre la maternidad y las trayectorias individuales de las mujeres neurodivergentes; también se evidencia que la maternidad no constituye una experiencia universal, sino una vivencia subjetiva atravesada por condiciones biográficas, emocionales y neurodivergentes de cada participante.

“ya ver a la niña también fue algo bastante surreal darme cuenta que había hecho otra pequeña, verla crecer muy rápido (ríe), pero más que nada eh, fue como un shock, porque te digo, todavía no lo terminó de asimilar, o sea, yo me puse a pensar mucho del embarazo y todavía no lo...hasta la fecha no lo termino de asimilar (...) el cambio de vida (...) darme cuenta que mi vida iba a cambiar para siempre”
(*Artemisa, 33*).

“yo siempre digo que me morí y renací, o sea, era una persona antes de embarazarme y ser mamá, y soy una persona completamente distinta ahora (...) un fin y un inicio, de nuevo en mi vida, un gran parteaguas (...) en realidad siento que cada historia es única y distinta, ¿no? (Minerva, 42).

Aunque existen discursos culturales que buscan generalizar la experiencia materna, las participantes destacan que cada proceso es vivido de manera particular, evidenciando que la maternidad no constituye una experiencia universal, sino una vivencia subjetiva atravesada por condiciones biográficas, emocionales y neurodivergentes específicas.

Por otra parte, las siguientes narrativas evidencian que la maternidad estuvo acompañada por sentimientos de responsabilidad, incertidumbre, miedo y desbordamiento, cuestionando las representaciones idealizadas del rol materno. El testimonio de Hera resulta particularmente impactante al expresar que, tras el nacimiento de su hijo, experimentó una profunda sensación de estar rebasada por una responsabilidad para la que no se sentía preparada, llegando a preguntarse cómo podría hacerse cargo de otra vida cuando sentía que ni siquiera podía sostener la propia:

“ya cuando me vi, ahora sí que ya con mi hijo en mis brazos, ya así como que...yo dije, “no sé qué voy a hacer contigo”, o sea, fue, fue, fue muy fuerte verme, ahora sí ya como mamá, ¿no?, con el niño allá afuera, y dice, “y ¿ahora qué voy a hacer?”, ¿no? (...) luego de verme rebasada completamente como mamá (...) nos dimos cuenta que no estábamos preparados para ser papás (...) justamente cuando salí del hospital y ya...me vi ya siendo como mamá, ¿no?, o sea, como que...”hijo...que, ¿y

ahora qué hago?”, ¿no?, o sea, sí, ahí fue donde yo me sentí totalmente rebasada (...) asumir como esa responsabilidad de ser mamá y de...y de decir, “ahora depende de... ¿esta criaturita, ahora depende de mí?, ¡pues ni siquiera yo puedo conmigo!”, o sea, en ese momento yo me di cuenta, “¡es que ni siquiera puedo con mi vida!, ¿en qué momento dije que sí a esto?”, o sea, dije “no”, y...durante muchos años mi esposo y yo nos sentimos así...”es que ni siquiera podemos con nuestras vidas” (Hera, 43).

Esta experiencia coincide con los relatos de Selene, Minerva y Gaia, quienes describen el camino hacia la maternidad como un proceso marcado por el aprendizaje forzado, la presión económica, la falta de conocimiento y la sensación de enfrentar solas demandas de cuidado para las que no existían guías claras:

“no puedes ni contigo, y ya tienes que hacerte cargo de un ser humano (...) yo seguía pensando, “¿qué voy a hacer con esta vida que tengo ahora?” O sea, tuve que aprender a quererlo, tuve que aprender a maternar” (Minerva, 42).

“fue un shock como de que... todo el parto y el de repente, “toma, aquí está, encárgate tú completamente”, “apréndete toda la información y toma, llévate” (ríe) (Selene, 28).

“sentía esta presión. Yo creo que la presión, este enojo y este enfado, venía porque.... no sabía cómo iba a resolver económicamente nada. (...) es lo que más recuerdo del embarazo, como una presión, un enojo de no saber qué voy a hacer (...) el mundo para mí era que, iba a tener una hija y no sabía cómo proveerle para las cuestiones ¿no? de... básicas (...) ni siquiera disfruté del embarazo (...) que pude haber disfrutado más, en vez de estar pensando “cómo voy a pagar la.... em, la consulta” (Gaia, 36).

Estos dilemas surgen en la interacción entre las exigencias sociales asociadas a la maternidad, las condiciones materiales de vida, la ausencia de apoyos suficientes y las particularidades de la experiencia neurodivergente, configurando trayectorias maternas atravesadas tanto por el compromiso con el cuidado como por sentimientos persistentes de sobrecarga y vulnerabilidad. Dentro de la subcategoría se ilustra cómo la maternidad y, en varios casos, el diagnóstico de autismo, funcionan como procesos de transformación profunda de la identidad, favoreciendo nuevas formas de comprenderse, cuidarse y ejercer la maternidad. En este sentido, Hera menciona lo siguiente:

“me dicen otras personas que me ven como con más paz, con más tranquilidad (...) sí me ayudó muchísimo acceder al diagnóstico y acceder a las terapias y...poder cambiar mucho mi vida para demostrarle a mi hijo que las cosas también se pueden hacer de otra manera, o sea, con mi ejemplo yo sé que, le estoy enseñando a mi hijo la autonomía, y su papá también, y...este...el poner límites, y todo lo que yo he trabajado en mí, y lo veo reflejado en él todo el tiempo, o sea, es increíble” (Hera, 43).

Su experiencia refleja cómo la intersección entre maternidad, diagnóstico tardío y acceso a apoyos especializados puede producir una transformación significativa de sí misma, donde el trabajo personal repercute directamente en la relación madre e hijo. De manera complementaria, Selene menciona que la crianza también puede convertirse en un espacio continuo de autodescubrimiento. Al observar las experiencias de sus hijos, reconoce aspectos de su propia historia que

habían permanecido sin comprender, lo que la lleva a reinterpretar vivencias pasadas y procesar heridas de la infancia:

“el autodescubrimiento, eso sigue siendo un reto hoy día ¿no?, vivo cosas que mis hijos están viviendo en su infancia que me hacen auto descubrir cosas y recordar cosas y, procesar luego traumas de la infancia a través de lo que ellos están viviendo es como de “uf, wow, a mi me fue muy diferente y ahora yo estoy para ellos”
(Selene, 28).

De forma integrada, estos relatos muestran que la maternidad neurodivergente implica cuidar de otros, a la vez que se reconstruyen a sí mismas, cuestionar aprendizajes previos y desarrollar nuevas formas de agencia, conocimiento y bienestar en relación con sus trayectorias personales y familiares.

Capítulo IV

Discusión

El presente capítulo desarrolla la discusión de los resultados obtenidos en la investigación, a partir de una perspectiva interseccional que permite comprender cómo distintas dimensiones, principalmente el género, la clase social y la discapacidad, se entrecruzan y configuran las experiencias de las mujeres autistas mexicanas. Estas intersecciones participan en la construcción de los significados atribuidos al embarazo y al parto, los cuales no pueden comprenderse plenamente mediante el análisis aislado de cada una de estas dimensiones. Por el contrario, requieren ser examinados a partir de las relaciones e interacciones que se producen entre ellas, reconociendo que dichas experiencias se encuentran atravesadas simultáneamente por múltiples posiciones y estructuras sociales (Crenshaw, 1989).

Por lo anterior, la presente investigación tuvo como objetivo general, analizar los significados que otorgan las mujeres autistas al proceso de embarazo y parto a través de las intersecciones, género, clase y discapacidad, mismo que se cumple al evidenciar que cada dimensión social, económica, sensorial y emocional, se relaciona para moldear las experiencias de forma diferente. Así mismo, se relacionan los resultados con los objetivos específicos, analizando de qué forma cada uno de ellos contribuyó a comprender las condiciones estructurales, sociales e identitarias que forman estas experiencias reproductivas y maternas de las participantes.

Es importante mencionar que, en la muestra de este estudio, diez de las once mujeres cuentan con estudios superiores (cinco con posgrado y cinco con licenciatura) y refieren un nivel de apoyo “1”, lo que sugiere una posible estabilidad

socioeconómica. Este perfil sociodemográfico constituye una posibilidad de acceso que probablemente facilitó su diagnóstico de autismo aun cuando haya sido en la adultez. En un contexto como el mexicano, en donde los servicios especializados y las evaluaciones clínicas implican costos elevados, infraestructura y conocimientos especializados, tener un nivel educativo elevado o recursos económicos puede hacer la diferencia entre ser diagnosticada o permanecer en el anonimato (Estrada, 2024).

Esta situación apunta a que, en muchos casos, el diagnóstico de autismo en mujeres adultas funciona como un privilegio estructural, que depende en gran medida de la clase social. Varios estudios respaldan la existencia de diferencias socioeconómicas en el acceso al diagnóstico y servicios para el autismo. Por ejemplo, investigaciones muestran que niños, niñas y familias de bajos ingresos tienen menor acceso a servicios especializados, menos evaluaciones, intervenciones restringidas o nulas, en comparación con familias de nivel socioeconómico más alto (Drakefort & Lynn, 2024). Asimismo, se señala que en zonas con ingresos más altos se detecta un mayor número de diagnósticos, mientras que, en contextos de menores ingresos económicos, la prevalencia reportada puede ser más baja y no necesariamente por menor incidencia, sino por menores posibilidades de acceso (Jafarabadi et al., 2021; Thomas et al., 2012).

Además, en el caso de mujeres autistas, la detección suele retrasarse aún más (diagnóstico tardío), en gran parte por sesgos de género. La invisibilización de las manifestaciones autistas en mujeres, combinada con un sistema de salud que tiene limitaciones estructurales, hace que quienes más se encuentran en el espectro en este sub diagnóstico sean mujeres adultas, especialmente de contextos desfavorecidos,

como los que cuentan con menor escolaridad, menor ingreso económico y escasas redes de apoyo (García, 2022). Por lo tanto, lo que en este estudio se evidencia es que la mayoría de las participantes cuentan con un perfil educativo y socioeconómico privilegiado obliga a reflexionar sobre quiénes quedan fuera de esta muestra: probablemente mujeres autistas de una clase con menor acceso económico o poder adquisitivo y/o con menor escolaridad, que tal vez no han sido diagnosticadas o que no han accedido a servicios especializados.

Lo anterior invisibiliza (no intencionalmente) maternidades autistas en condiciones de desigualdad y se debe ver como una dimensión estructural del problema, en donde las mujeres que enfrentan más barreras (sociales, económicas, geográficas) quedan doblemente invisibilizadas; primero por el estigma, la falta de conocimiento, el sesgo de género; y luego por la imposibilidad de acceder a un diagnóstico. Debido a eso, el diagnóstico se posiciona como un privilegio, reforzando las desigualdades en visibilidad, investigación y reconocimiento de las maternidades autistas.

A partir de este contexto, los resultados actuales permiten ampliar la discusión al mostrar que las diferencias de clase no actúan de manera independiente de la neurodivergencia y el género. Los recursos económicos pueden facilitar el acceso a servicios privados, valoraciones diagnósticas o atención especializada, pero no eliminan necesariamente las barreras asociadas al desconocimiento del autismo ni garantizan una atención sensible a las necesidades neurodivergentes. De hecho, el encontrar experiencias semejantes de falta de anticipación, poca adaptación comunicativa e invalidación en participantes atendidas tanto en servicios públicos

como privados sugiere que parte del problema se encuentra en una organización de la atención construida alrededor de una paciente considerada estandarizada. Desde los estudios críticos de discapacidad, el capacitismo puede operar precisamente de esta forma: no solo mediante discriminaciones abiertas, sino también a través de instituciones y prácticas que toman ciertas capacidades corporales, cognitivas y comunicativas como norma y exigen a quienes se alejan de ella adaptarse a estructuras previamente establecidas (Dwyer, 2022; Gesser et al., 2022).

Esta situación se manifestó especialmente en la comunicación durante la atención perinatal; la necesidad de información detallada, anticipación y mayor tiempo para comprender algunos procedimientos no siempre encontró una respuesta equivalente por parte de los servicios, lo que permite interpretar las dificultades comunicativas como un fenómeno relacional y no únicamente como una característica individual del autismo. En otras palabras, el problema no está únicamente en cómo comunica o procesa información una mujer autista, también radica en la capacidad del sistema de salud para diversificar sus formas de comunicación. Esta interpretación coincide con investigaciones que muestran que las mujeres autistas valoran especialmente la información clara y detallada, el tiempo para procesar información verbal y los ajustes sensoriales, al tiempo que señalan el desconocimiento profesional del autismo como una barrera importante durante el embarazo y parto (Hampton et al., 2022, 2023; Westgate et al., 2024).

La ausencia de estos ajustes adquiere además una dimensión de autonomía; cuando la información sobre los procedimientos es insuficiente o se proporciona sin considerar las necesidades de procesamiento de la mujer, se limita también su

posibilidad de participar de manera informada en las decisiones sobre su cuerpo. En este punto se articulan el poder biomédico, el género y la neurodivergencia: la desigualdad propia de la relación profesional-paciente puede intensificarse cuando la forma en que la mujer comunica el dolor, malestar o necesidades no coincide con aquello que el personal de salud espera reconocer como válido. Benson (2023), aborda este problema mediante la noción de “injusticia epistémica”, al mencionar que las personas autistas pueden ver deslegitimadas sus formas particulares de conocer, interpretar y comunicar su experiencia. Así, la falta de credibilidad otorgada a ciertas necesidades no constituye únicamente un problema de comunicación, también forma una cuestión vinculada con quién posee autoridad para interpretar lo que sucede en el cuerpo de la mujer (Benson, 2023; Gesser et al., 2022).

Este hallazgo permite además problematizar el modelo biomédico sin atribuirle de manera absoluta todas las dificultades encontradas; una atención organizada principalmente en torno al control clínico, la rapidez de los procedimientos y la estandarización puede resultar particularmente limitada cuando se encuentra con mujeres que necesitan mayor anticipación, información o adecuaciones sensoriales. La OMS (2018) reconoce que una experiencia positiva del parto forma parte de la calidad de la atención y que el bienestar materno no puede reducirse únicamente al desenlace del embarazo y parto sin complicaciones. En este sentido, los resultados sugieren que la seguridad obstétrica debe acompañarse del respeto a la autonomía, la comunicación comprensible y el reconocimiento de las particularidades de cada mujer; de lo contrario, el cumplimiento del procedimiento

médico puede coexistir con experiencias de deshumanización y pérdida de control (Dwyer, 2022; OMS, 2018).

Esta discusión adquiere especial relevancia en México y América Latina, donde la violencia obstétrica ha sido documentada como un problema que rebasa las experiencias individuales. Las prácticas de presión, intervenciones sin información suficiente, minimización del malestar y limitación de la autonomía encontradas en las narrativas se vinculan con estudios que han mostrado relaciones institucionales jerárquicas y vulneraciones de los derechos de las mujeres durante la atención del parto. En mujeres con discapacidad, Rodríguez-Garrido (2023) destaca que estas situaciones pueden incorporar además componentes capacitistas que comprometen la autonomía y el reconocimiento de la propia experiencia. De manera similar, Ferrante y Tiseyra (2024) identifican en América Latina persistentes barreras, prejuicios y falta de formación profesional en torno a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad.

Los datos nacionales ayudan a dimensionar este problema. La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) realizada por la INEGI (2021), reportó que 55.6 % de las mujeres con discapacidad de 15 a 49 años habían experimentado violencia obstétrica en su último parto, frente a 30.7 % de las mujeres sin discapacidad ni limitaciones. Estas cifras no pueden trasladarse directamente a las mujeres autistas ni permiten afirmar una equivalencia entre todas las formas de discapacidad; sin embargo, sí muestran que la intersección entre género y discapacidad ocupa una posición relevante dentro de las desigualdades de la atención obstétrica mexicana. Por tanto, los resultados de esta investigación se

colocan en un escenario más amplio donde la condición de mujer y la discapacidad pueden modificar de manera conjunta la relación con los servicios reproductivos (Grupo de Información en Reproducción Elegida [GIRE], s. f.).

Junto con las barreras institucionales, los resultados evidencian que las decisiones reproductivas y los significados atribuidos a la maternidad están atravesados por normas sociales acerca de lo que una mujer debe desear y hacer a lo largo de su vida. La maternidad apareció vinculada en algunas narrativas con expectativas de formar una familia, cuidar, sacrificarse o priorizar a los hijos, expectativas que podían haberse incorporado inicialmente como decisiones personales y ser reconocidas posteriormente como influencias sociales. Esto coincide con perspectivas que cuestionan la maternidad como resultado exclusivo de un instinto femenino y la sitúan, en cambio, dentro de discursos históricos y culturales que regulan la feminidad y el cuidado. La particularidad en las mujeres autistas radica en que estos mandatos de género pueden coexistir con exigencias de adecuación neurotípica y con representaciones capacitistas sobre su capacidad para maternar, generando tensiones específicas entre deseo, obligación, autonomía y legitimidad materna (Arias-Palomeque, 2018; Ferrante & Tiseyra, 2024).

De esta forma, género y discapacidad pueden situar a las participantes frente a expectativas aparentemente contradictorias. Por un lado, la maternidad continúa asociándose culturalmente con la responsabilidad femenina del cuidado; por otro, las mujeres con discapacidad han sido representadas históricamente como dependientes o menos capaces de cuidar a otras personas. Ferrante y Tiseyra (2024) muestran que el ideal materno latinoamericano se ha construido alrededor de un cuerpo considerado

capaz y adecuado para la reproducción y el cuidado. En las madres autistas, esta tensión puede traducirse en la necesidad de cumplir con las exigencias de la “buena madre” mientras, al mismo tiempo, deben demostrar que su neurodivergencia no disminuye su capacidad para ejercer ese papel. Esta situación permite comprender por qué solicitar apoyos o comunicar necesidades puede adquirir un significado que rebasa el cuidado cotidiano y convertirse en un terreno donde se disputa la legitimidad de la propia maternidad (Ferrante & Tiseyra, 2024; Gesser et al., 2022).

Los significados del embarazo también estuvieron vinculados con una experiencia corporal y sensorial heterogénea. Los relatos no muestran únicamente hipersensibilidad, sino también hiposensibilidad y variaciones en la percepción del dolor, las contracciones, el hambre y otras señales interoceptivas. Por ello, los hallazgos cuestionan tanto la idea de que todas las mujeres experimentan el embarazo de manera semejante como la posibilidad de construir una nueva generalización según la cual todas las mujeres autistas necesariamente “sienten más”. La literatura disponible coincide en señalar que el procesamiento sensorial autista es heterogéneo y puede involucrar hiper e hiposensibilidad, mientras que estudios sobre experiencias perinatales han documentado cambios sensoriales particularmente relevantes durante el embarazo y el parto (Demartini et al., 2023; Samuel et al., 2022; Westgate et al., 2024).

Más allá de la intensidad de las sensaciones, un hallazgo importante fue la dificultad para que algunas experiencias corporales fueran reconocidas como válidas por otras personas. La normalización mediante expresiones que apuntan a que todas las mujeres viven los mismos cambios puede tener un efecto aparentemente

tranquilizador, pero también puede borrar diferencias importantes en la forma de experimentar el cuerpo. En este sentido, la neurodivergencia se relaciona nuevamente con el género: existe no solo una expectativa sobre cómo debe comportarse una madre, sino también sobre cómo debe sentir y narrar su embarazo. Cuando la experiencia corporal se aleja de esa expectativa, la mujer puede encontrarse cuestionando su propia percepción o tratando de demostrar que aquello que siente es real. Esta forma de invalidación encuentra un punto de diálogo con la injusticia epistémica descrita por Benson (2023), en la que ciertas formas de conocimiento derivadas de la experiencia autista reciben menor legitimidad frente a marcos neuronormativos (Benson, 2023; Demartini et al., 2023).

La necesidad de procesamiento y anticipación también ayuda a comprender algunas experiencias de malestar psicológico y trauma obstétrico. Los resultados no permiten afirmar que el autismo produzca por sí mismo una mayor experiencia traumática; más bien, sugieren que para algunas mujeres la rapidez de los cambios, la intensidad del acontecimiento obstétrico y la falta de información suficiente dificultaron comprender y asimilar lo que estaba ocurriendo. Esto permite pensar el trauma desde una relación entre características individuales y condiciones de atención: las necesidades de procesamiento pueden adquirir especial importancia cuando el entorno ofrece poca anticipación o control. Hampton et al., (2023) encontraron precisamente que algunas mujeres autistas necesitan mayor detalle y tiempo para procesar la información durante el periodo perinatal, mientras que Lockington y Gullon-Scott (2025) identifican las demandas sensoriales, cognitivas y

sociales como componentes importantes de la experiencia materna autista (Hampton et al., 2023; Lockington & Gullon-Scott, 2025).

La salud mental perinatal tampoco puede analizarse separada de las condiciones en las que ocurre la maternidad. Ansiedad, depresión, culpa y agotamiento aparecieron vinculados con antecedentes emocionales, demandas de cuidado, trabajo, estudios, dificultades sensoriales y disponibilidad desigual de apoyo. Pohl et al., (2020) reportaron mayores dificultades de salud mental, aislamiento y temor al juicio entre madres autistas, pero también encontraron semejanzas importantes con madres no autistas en aspectos de la maternidad. Estos datos resultan relevantes porque permiten reconocer una mayor vulnerabilidad psicológica sin confundirla con una menor capacidad para maternar. Desde una perspectiva interseccional, el malestar se comprende mejor como resultado de la interacción entre condiciones previas, neurodivergencia y exigencias materiales y sociales de la maternidad que como consecuencia directa de una única característica (Pohl et al., 2020; Lockington & Gullon-Scott, 2025).

A ello se añaden los mandatos emocionales asociados a la maternidad. La expectativa de que convertirse en madre debe representar felicidad, plenitud o realización puede dificultar que sentimientos como lo es la tristeza, el rechazo, el agotamiento o incluso la depresión puedan ser comunicados sin culpa. Esta presión adquiere especial importancia cuando coincide con dificultades para identificar o expresar el propio estado emocional o con un acceso insuficiente a atención psicológica. Por tanto, el silenciamiento del sufrimiento no debe interpretarse únicamente como una dificultad comunicativa asociada al autismo; también se

encuentra relacionado con una cultura que delimita qué emociones son consideradas aceptables en una madre. En este punto se intersectan género, salud mental y neurodivergencia, produciendo condiciones en las que pedir ayuda puede convertirse en un acto difícil precisamente porque el sufrimiento contradice aquello que socialmente se espera de la maternidad (Pohl et al., 2020; Lockington & Gullon-Scott, 2025).

La lactancia representa otro espacio donde estas expectativas se manifiestan en el cuerpo. Las experiencias muestran que el deseo de alimentar con leche materna puede coexistir con incomodidad sensorial, sensación de invasión corporal o necesidad de recurrir a extracción, fórmula u otras estrategias. Esta coexistencia cuestiona la asociación entre buena maternidad, lactancia exclusiva y disfrute corporal del amamantamiento. Grant et al., (2022) encontraron que muchas madres autistas expresaban un fuerte deseo de amamantar, pero enfrentaban dolor, diferencias sensoriales e interoceptivas, agotamiento y apoyos profesionales poco ajustados a sus necesidades. Así, adaptar la forma de alimentar al bebé puede comprenderse como una expresión de agencia y no como un fracaso en el cumplimiento del ideal materno (Grant et al., 2022; Lockington & Gullon-Scott, 2025).

Las redes de cuidado, por su parte, permiten cuestionar otro mandato presente en la maternidad: la autosuficiencia. Los resultados muestran que el apoyo no fue únicamente un complemento emocional, sino que en determinadas experiencias permitió sostener material y cotidianamente la maternidad. La participación de parejas, familiares y otras personas podía disminuir la sobrecarga, distribuir tareas y

favorecer espacios de regulación. Hablar de interdependencia permite reconocer que necesitar apoyo no equivale a incapacidad, sino que el cuidado puede organizarse de manera relacional. Esta lectura adquiere especial relevancia desde una perspectiva anticapacitista, pues Gesser et al., (2022) señalan que los ideales de autonomía y capacidad pueden convertir la dependencia en una característica socialmente desvalorizada; sin embargo, la experiencia de las participantes muestra que la posibilidad de cuidar también depende de que quien cuida pueda ser cuidada (Gesser et al., 2022; Lockington & Gullon-Scott, 2025).

La disponibilidad de estas redes vuelve a poner en evidencia la relación entre género y clase. La maternidad solitaria, la escasa corresponsabilidad paterna y la necesidad de asumir al mismo tiempo la crianza y el sostenimiento económico aumentaron las demandas para algunas mujeres, mientras que disponer de familiares, pareja o recursos permitió distribuir las. En consecuencia, una misma necesidad sensorial, emocional o de regulación no tiene necesariamente el mismo efecto en una mujer con una red amplia que en otra que debe sostener prácticamente sola las responsabilidades cotidianas. Ferrante y Tiseyra (2024) muestran precisamente que el acceso a apoyos constituye uno de los problemas persistentes en las maternidades de mujeres con discapacidad en América Latina. La interseccionalidad permite comprender aquí que clase, género y discapacidad no agregan simplemente distintas dificultades, sino que modifican las posibilidades concretas de sostener la maternidad (Ferrante & Tiseyra, 2024; Bauer, 2014).

Por otra parte, los significados construidos por las participantes no comenzaron con el embarazo. Las experiencias reproductivas se insertaron en

trayectorias previamente marcadas por relaciones familiares, responsabilidades de cuidado, condiciones de salud, violencia, pérdidas gestacionales, trabajo y circunstancias económicas. Estas experiencias anteriores no determinaron de forma lineal la maternidad posterior, pero sí formaron puntos de partida diferentes desde los cuales se interpretaron sus demandas. Desde una perspectiva interseccional situada, esto resulta fundamental, pues las posiciones sociales y las relaciones de poder tienen una historia y no aparecen únicamente en el momento del parto. La experiencia previa de cuidado, por ejemplo, podía aportar conocimientos prácticos, mientras que la acumulación de responsabilidades familiares y laborales podía aumentar simultáneamente la carga cotidiana (Bauer, 2014; Viveros Vigoya, 2016).

El diagnóstico tardío se relaciona directamente con estas trayectorias. Los sesgos de género presentes en la identificación del autismo, expresados en estereotipos sobre el contacto visual, la competencia académica o la capacidad de desenvolverse socialmente, contribuyeron a que algunas participantes pasaran gran parte de su vida sin un marco que permitiera comprender sus diferencias. La literatura ha documentado que las mujeres diagnosticadas en la adultez encuentran barreras relacionadas con presentaciones consideradas menos prototípicas, camuflaje y modelos del autismo contruidos históricamente a partir de perfiles masculinos (Leedham et al., 2020; Lai et al., 2015). En este estudio, dichas barreras se relacionaron además con condiciones económicas y responsabilidades de cuidado, mostrando que el retraso diagnóstico tampoco puede explicarse exclusivamente desde el género (Leedham et al., 2020).

Recibir el diagnóstico en la adultez tuvo, para varias mujeres, un significado que fue más allá de obtener una identificación clínica. Permitió reinterpretar experiencias corporales, sociales y emocionales que durante años habían sido vividas como rareza, incapacidad o limitaciones personales. Leedham et al., (2020) identificaron procesos semejantes de reinterpretación retrospectiva, mientras que Dugdale et al., (2021) muestran que el diagnóstico posterior a la maternidad puede favorecer una nueva comprensión de experiencias pasadas y una mayor autoaceptación. En este sentido, el diagnóstico funcionó como un marco desde el cual reorganizar la propia biografía y, en algunos casos, comprender de otra manera lo ocurrido durante el embarazo y el parto. No implica que un diagnóstico previo hubiera evitado todas las dificultades, pero sí podría haber ampliado las posibilidades de identificar límites, anticipar necesidades, buscar apoyos y comunicar ajustes requeridos (Dugdale et al., 2021; Leedham et al., 2020).

Al mismo tiempo, la relación entre maternidad y diagnóstico fue bidireccional. En algunas trayectorias, el reconocimiento del autismo surgió después de observar características similares en los hijos, convirtiendo la maternidad en un espacio de autoconocimiento y reinterpretación de la propia historia. Este proceso muestra que la maternidad no solo modifica las responsabilidades cotidianas, sino que puede transformar la manera en que las mujeres se comprenden a sí mismas. Lockington y Gullon-Scott (2025) identifican precisamente la reconfiguración de identidades como uno de los temas centrales en la literatura sobre madres autistas, mientras que Dugdale et al., (2021) describen procesos de crecimiento y autoaceptación vinculados con la crianza y el diagnóstico. Así, maternidad,

diagnóstico e identidad se relacionan en un proceso en el que el presente permite reinterpretar experiencias pasadas y darle nuevos significados (Dugdale et al., 2021; Lockington & Gullon-Scott, 2025).

La maternidad apareció, además, como una transformación marcada por la ambivalencia. Los significados construidos incluyeron satisfacción y vínculo, pero también miedo, incertidumbre, sobrecarga, aprendizaje y cambios profundos en la identidad. La coexistencia de estas experiencias no debe entenderse como contradictoria: una maternidad puede ser significativa y, al mismo tiempo, profundamente demandante. Este hallazgo cuestiona las representaciones que presentan el vínculo materno, la competencia para cuidar o el amor como respuestas automáticas derivadas del hecho de ser mujer. La evidencia reciente sobre madres autistas también describe experiencias en las que fortalezas, vínculos significativos y satisfacción coexisten con demandas sensoriales, sociales y emocionales importantes, lo que refuerza la necesidad de superar las interpretaciones exclusivamente enfocadas en las dificultades o en una visión idealizada de la maternidad (Dugdale et al., 2021; Lockington & Gullon-Scott, 2025).

De esta forma, los tres objetivos específicos se articulan dentro de una misma explicación. El significado del embarazo se construyó a partir de la experiencia corporal, sensorial y emocional, pero también desde las condiciones sociales, económicas e institucionales en las que esta tuvo lugar; el significado del parto estuvo estrechamente relacionado con el control, la anticipación, la autonomía, la comunicación y las relaciones de poder presentes en la atención; y la interpretación interseccional permitió comprender que ninguna de estas experiencias puede

atribuirse únicamente al autismo, al género o a la clase. Más bien, son las relaciones entre estas dimensiones las que producen posiciones particulares desde las cuales cada mujer vive y posteriormente da significado a su proceso reproductivo (Crenshaw, 1989, 1991; Bauer, 2014; Viveros Vigoya, 2016).

En definitiva, esta investigación permite plantear que los significados del embarazo, parto y maternidad en mujeres autistas se construyen en una tensión permanente entre norma y diferencia, autonomía e interdependencia, vulnerabilidad y agencia, sufrimiento y transformación. Las participantes no aparecen únicamente como receptoras de barreras institucionales ni como sujetas definidas por dificultades; aparecen también interpretando sus experiencias, modificando prácticas, construyendo redes, poniendo límites, resignificando su historia y desarrollando formas propias de matinar. La evidencia reciente también ha identificado fortalezas, capacidad de resolución, vínculos afectivos intensos, conocimientos derivados de la propia experiencia y adaptación entre madres autistas, al mismo tiempo que documenta los efectos de la patologización y del escaso apoyo (Dugdale et al., 2021; Libster et al., 2024; Lockington & Gullon-Scott, 2025).

Por tanto, el aporte principal de este estudio va más allá de concluir que “las mujeres autistas necesitan atención adaptada”. Los hallazgos muestran que las necesidades no existen separadas de los contextos que las reconocen, ignoran o convierten en barreras. La maternidad autista se configura en el encuentro entre un cuerpo y una forma de procesamiento particulares, una trayectoria biográfica, relaciones familiares, recursos materiales, mandatos de género y estructuras sanitarias organizadas alrededor de determinadas nociones de normalidad. Cuando estas

dimensiones se articulan desfavorablemente, pueden producir invalidación, sobrecarga, pérdida de control, silenciamiento y sufrimiento; cuando existen información, reconocimiento, ajustes, recursos y relaciones de interdependencia, pueden abrirse mayores posibilidades de agencia, regulación y sostenibilidad. Esta es precisamente la utilidad de una lectura interseccional: mostrar que las experiencias no son producto de un único eje, sino de relaciones sociales y estructuras de poder que se intersectan y producen realidades específicas. La maternidad autista aparece entonces como una experiencia situada en la que cuerpo, neurodivergencia, género, condiciones materiales, cuidado e instituciones se encuentran continuamente (Crenshaw, 1989, 1991; Viveros Vigoya, 2016; Gesser et al., 2022).

Esta interpretación permite también precisar el aporte de la interseccionalidad en el presente estudio. Su utilidad no radica únicamente en identificar que las participantes eran simultáneamente mujeres, madres y autistas, sino en mostrar que esas posiciones cambiaban el significado unas de otras. Ser autista adquiría implicaciones particulares dentro de instituciones construidas desde parámetros neuronormativos; ser mujer implicaba determinadas expectativas de cuidado y sacrificio; convertirse en madre intensificaba esas expectativas; disponer o no de recursos económicos modificaba las posibilidades de responder a ellas; y contar con una red de apoyo podía cambiar de manera considerable la experiencia de determinadas necesidades sensoriales o emocionales. Por tanto, las intersecciones no aparecen como una suma de vulnerabilidades, sino como relaciones que producen experiencias específicas y que, además, pueden incluir al mismo tiempo posiciones de desventaja y de privilegio (Crenshaw, 1991; Bauer, 2014; Viveros Vigoya, 2016).

Finalmente, comprender las maternidades autistas desde esta perspectiva supone cambiar la pregunta desde la cual se mira a estas mujeres. En lugar de preguntarse únicamente qué dificultades tienen para adaptarse al embarazo, al parto y a la maternidad, los hallazgos invitan a preguntar qué ocurre cuando sus formas de sentir, procesar información, comunicarse y cuidar se encuentran con instituciones, relaciones familiares y expectativas sociales construidas alrededor de otras formas consideradas normales de ser mujer y madre. Este cambio de perspectiva es relevante porque deja de colocar exclusivamente sobre ellas la responsabilidad de adaptarse y dirige la atención hacia las condiciones que pueden modificarse.

En este sentido, reconocer la diversidad de las maternidades autistas no implica construir una nueva imagen de “la madre autista” ni establecer una lista fija de necesidades que todas deberían presentar. Implica reconocer que cada mujer llega a la maternidad desde una historia y condiciones particulares, y que una atención respetuosa debe ofrecer suficiente flexibilidad para responder a esa diversidad. Desde esta perspectiva, una maternidad digna no sería aquella en la que la mujer logra ajustarse exitosamente a los modelos existentes, sino aquella en la que cuenta con información, reconocimiento, posibilidades reales de decisión, apoyos suficientes y condiciones que le permitan cuidar sin tener que negar continuamente sus propias necesidades. De esta manera, avanzar hacia una atención perinatal verdaderamente inclusiva supone no solamente adaptar procedimientos, sino cuestionar aquellas estructuras capacitistas, de género y socioeconómicas que determinan qué cuerpos, formas de comunicación y maneras de maternar son consideradas legítimas (Dwyer, 2022; OMS, 2018; Westgate et al., 2024).

Limitaciones

Como en toda investigación, es importante reconocer las limitaciones que se presentaron al realizar este estudio, ya que permiten contextualizar el alcance de los hallazgos y comprender en qué condiciones fueron producidos. Las limitaciones aquí expuestas no invalidan los resultados, pero son una invitación a interpretarlos de manera situada y crítica dentro del contexto mexicano.

En primer lugar, la composición y el difícil acceso de la muestra constituye una de las principales limitaciones. Aunque once participantes permite un análisis profundo de las experiencias individuales y colectivas, este número no representa la diversidad completa de maternidades autistas en México. Las mujeres que participaron comparten características sociodemográficas particulares (como nivel educativo elevado, acceso a información y redes digitales), que muy probablemente facilitaron su incorporación al estudio y que, por lo tanto, excluyen voces de mujeres autistas con menores recursos económicos, menor escolaridad o sin acceso a internet. Esto implica que los hallazgos no deben generalizarse, sino comprenderse como narrativas situadas dentro de un sector específico de la población de mujeres autista.

Una segunda limitación se relaciona con el momento del diagnóstico de autismo. No todas las participantes contaban con un diagnóstico al momento de vivir el embarazo o el parto, lo cual influyó en la forma en que interpretaron sus experiencias. Esta variabilidad temporal en el diagnóstico introduce diferencias relevantes en la manera en que las mujeres narran y significan sus procesos reproductivos. Así, los significados construidos pueden estar atravesados por el proceso de reconocimiento personal y no únicamente por las vivencias ocurridas

durante el embarazo y el parto. Además, el acceso desigual al diagnóstico de autismo en México (marcado por clase social, recursos económicos y disponibilidad de especialistas) condiciona quiénes llegan a nombrarse autistas y, por lo tanto, quiénes participan en este tipo de estudios.

En tercer lugar, el estudio utilizó entrevistas en modalidad virtual, lo cual, aunque facilitó la participación de mujeres de diferentes regiones y respetó sus necesidades sensoriales y de comunicación, también generó ciertos límites. El formato virtual puede restringir la observación de elementos no verbales, sutiles variaciones emocionales o signos de incomodidad sensorial que podrían haberse captado con mayor claridad en una entrevista cara a cara. Asimismo, la calidad de la conexión, el entorno en que se llevaron a cabo las entrevistas, las interrupciones o el uso de cámaras apagadas pudieron influir en la profundidad de algunas narraciones. Esta modalidad, si bien accesible, introduce variaciones en la forma en que las participantes construyen y transmiten sus relatos.

Finalmente, la investigación se realizó con un muestreo no probabilístico, por bola de nieve, lo cual puede implicar que quienes decidieron participar pueden tener mayor interés en la maternidad, mayor consciencia de su autismo o experiencias particularmente significativas que quisieron compartir. Esto puede introducir sesgos en la representación de ciertos temas, especialmente aquellos vinculados al diagnóstico tardío, al capacitismo médico o a la violencia obstétrica. A pesar de estas limitaciones, el estudio aporta un análisis significativo y necesario sobre las maternidades autistas en México, revelando dimensiones estructurales y vivenciales que continúan poco exploradas en la literatura nacional e internacional.

Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos, se concluye que los significados del embarazo, parto y maternidad en las mujeres autistas participantes no pueden comprenderse como experiencias individuales ni exclusivamente médicas, ya que se construyen a partir de la interacción entre neurodivergencia, género, clase social, trayectorias de vida, redes de cuidado y condiciones institucionales. Desde una perspectiva interseccional, estas dimensiones se relacionan de manera distinta en cada mujer, dando lugar a experiencias distintas de vulnerabilidad, autonomía, adaptación y transformación.

Los hallazgos muestran que las características sensoriales, interoceptivas, emocionales y de procesamiento de las participantes adquieren especial relevancia durante el embarazo y el parto, particularmente cuando se desarrollan en entornos hospitalarios que son poco flexibles, con información insuficiente y que carecen de ajustes razonables. De igual manera, las experiencias de invalidación, violencia obstétrica y limitación de la autonomía ponen en evidencia que las dificultades no se encuentran únicamente en las características de las mujeres autistas, pues también se relacionan con la manera en que los servicios de salud reconocen, interpretan y responden a sus necesidades.

Asimismo, el diagnóstico tardío tuvo un papel importante en la forma en que varias participantes comprendieron retrospectivamente sus experiencias. El reconocimiento del autismo permitió nombrar diferencias sensoriales, emocionales y sociales que anteriormente habían sido difíciles de explicar, favoreciendo procesos de autoconocimiento y reconstrucción de la propia historia. A su vez, la maternidad se

convirtió, en algunos casos, en una vía para reconocer la propia neurodivergencia. Las condiciones económicas y el acceso desigual a servicios especializados también influyeron en estas trayectorias, mostrando que las posibilidades de obtener un diagnóstico, recibir atención y contar con apoyos no se distribuyen de la misma manera.

La maternidad fue vivida como una experiencia diversa y ambivalente, en la que coexistieron vínculo, satisfacción y transformación personal con miedo, sobrecarga, incertidumbre y necesidad de aprendizaje. Las redes de cuidado tuvieron un papel fundamental para sostener estas experiencias, mostrando que la autonomía no necesariamente implica autosuficiencia y que la interdependencia puede constituir una condición importante para el bienestar de las madres.

En conjunto, esta investigación permite concluir que no existe una única forma de vivir la maternidad siendo autista. Las experiencias adquieren significado en la relación entre las características de cada mujer y las condiciones sociales, económicas, familiares e institucionales que atraviesan su vida. Debido a eso, se considera necesario avanzar hacia modelos de atención perinatal que reconozcan la diversidad neurocognitiva, incorporen ajustes razonables, favorezcan una comunicación clara y anticipada y respeten la autonomía y las decisiones reproductivas de las mujeres.

De esta manera, el estudio contribuye a visibilizar las maternidades autistas en el contexto mexicano y plantea la necesidad de dejar de colocar exclusivamente en las mujeres la responsabilidad de adaptarse a los modelos médicos existentes, orientando la atención hacia la construcción de condiciones que permitan vivir el embarazo, el

parto y la maternidad de manera digna, informada, acompañada y respetuosa de sus necesidades particulares.

Recomendaciones

En sentido de política pública, se vuelve urgente reconocer que las maternidades autistas existen y requieren una institucionalidad que sea capaz de responder a sus necesidades sensoriales, comunicativas, entre otras; las políticas públicas deben integrar la neurodiversidad dentro de los programas de salud materna y reproductivos, así como generar protocolos diferenciados y capacitar a profesionales para identificar y atender perfiles sensoriales y comunicativos distintos. Es decir, se debe dejar de invisibilizar a las mujeres autistas adultas y garantizar el acceso a diagnósticos oportunos, acompañamiento psicológico accesible y medidas que reduzcan la desigualdad estructural.

En cuanto al sistema de salud, es de suma importancia diseñar rutas de atención que incluyan anticipación de procedimientos, otras formas de comunicación (como la visual), acompañamiento continuo, espacios sensorialmente seguros y tiempos respetuosos. La atención debe ser personalizada y orientada a comprender la manera en que cada mujer percibe, siente y procesa la experiencia perinatal.

Por otra parte, aún existe un vacío enorme en cuanto a la maternidad autista en contextos no solo mexicanos sino latinoamericanos; futuros estudios podrían explorar las experiencias de crianza, experiencias de lactancia materna, el impacto del diagnóstico en la salud mental perinatal, las diferencias entre la atención pública y privada, o los efectos de la pobreza y la violencia estructural en la maternidad neurodivergente. También sería relevante investigar cómo las mujeres autistas

construyen redes de apoyo y qué prácticas comunitarias pueden fortalecer su bienestar reproductivo.

De la misma manera, sería interesante realizar esta investigación con grupos focales, ya que, los grupos focales permiten el diálogo entre mujeres y pueden negociar sus propias narrativas. Por otra parte, sería valioso desarrollar un estudio comparativo que explore las diferencias y similitudes entre las experiencias de madres autistas y madres no autistas, lo cual permitiría identificar con mayor claridad qué aspectos del embarazo, parto y maternidad están específicamente atravesados por la neurodivergencia y cuáles responden a condiciones estructurales compartidas por todas las mujeres. Asimismo, resultaría sumamente enriquecedor comparar las experiencias de madres autistas mexicanas con las de otros países latinoamericanos, ya que esto permitiría analizar cómo factores socioculturales, sistemas de salud, desigualdad económica y marcos normativos influyen en la vivencia de la maternidad autista en la región. Este tipo de estudios contribuiría a visibilizar tanto las particularidades del contexto mexicano como los patrones comunes que emergen en sociedades con historias y desigualdades similares.

Referencias

- Al-Faham, H., Davis, A. M., & Ernest, R. (2019). *Interseccionalidad desde la práctica. Revista Anual de Derecho y Ciencias Sociales*, 15, 247-265.
<https://doi.org/10.1146/annurevlawsocsci-101518-042942>
- Almeida, J. de S. de, Alves, E. M., Sodré, T. M., Pinto, K. R. T. da F., Medeiros, F. F., & Bernardy, C. C. F. (2023). Feelings about birth by a group of high-risk pregnant women. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(6).
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0059>
- Angrosino, M. (2007). La recogida de datos en el campo. En etnografía y observación participante en investigación cualitativa. (pp. 59-78). Ediciones Morata.
- Angustias, A. M. (2023). Discapacidad y género, un necesario tratamiento interseccional en la violencia de género. *Estudios Penales y Criminológicos*, 43, 1-33. <https://doi.org/10.15304/epc.43.8650>
- Arcila, M. P., Mendoza, R. Y., Jaramillo. M. J., & Cañón, O. O. (2010). Comprensión del significado desde Vygotsky, Bruner y Gergen. *Revista Diversitas-Perspectivas en Psicología* 6(1), 37-49.
- Ardila, S. E., & Rueda, A. J. (2013). La saturación teórica en la teoría fundamentada: su delimitación en el análisis de trayectorias de vida de víctimas del desplazamiento forzado en Colombia. *Revista Colombiana de Sociología*, 36(2), 93-114.
- Arias Palomeque, M. (2018). Análisis interseccional de la construcción social de la maternidad: Historias de vida de mujeres cuencanas. *Revista Latinoamericana*

de Estudios de Familia, 10(2), 148–168.

<https://doi.org/10.17151/rlef.2018.10.2.9>

Balmaña, N., Hervás, A., & Salgado, M. (2017). Los Trastorno del espectro Autista (TEA). *Pediatría Integral*, 21(2).

<https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2017-03/los-trastornos-del-espectro-autista-tea/>

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(10), 3281–3294. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2872-8>

Barthélémy, C., Fuentes, J., Van der Gaag, R., & Howlin, O. (2019). Personas con Trastorno del Espectro del Autismo. Identificación, Comprensión, Intervención. https://www.autea.org/continguts/multimedia/arxius/People-with-Autism-Spectrum-Disorder.-Identification-Understanding-Intervention_Spanish-version.pdf

Bauer, G. R. (2014). Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: Challenges and the potential to advance health equity. *Social Science & Medicine*, 110, 10–17. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.022>

Benson, K. J. (2023). Perplexing presentations: Compulsory neuronormativity and cognitive marginalisation in social work practice with autistic mothers of autistic children. *The British Journal of Social Work*, 53(3), 1445–1464. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcac229>

- Bowleg, L. (2012). The problem with the phrase women and minorities: intersectionalityan important theoretical framework for public health. *American journal of public health, 102*(7), 1267–1273.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300750>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77–101.
<https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bruno, R., Díaz, C., Fombonne, E., Manero, A. C., Marcin, C., Nealy, B., Ramsay, K., & Villalobos, M. (2016). Prevalencia de trastornos del espectro autista en Guanajuato, México: La encuesta de León. *Autismo y trastornos del desarrollo, 122-139*. DOI: 10.1007/s10803-016-2696-6
- Burgaleta, P. E. (2011). *Género, identidad y consumo: las "nuevas maternidades" en España* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid.
- Button, S., Thornton, A., Lee, S., Shakespeare, J., & Ayers, S. (2017). Seeking help for perinatal psychological distress: A meta-synthesis of women's experiences. *British Journal of General Practice, 67*(663), e692–e699.
<https://doi.org/10.3399/bjgp17X692549>
- Calistro, F., Demartini, B., Faggioli, R., Gambini, O., Giambanco, L., Limonta, S., Nistico, V., Stefanelli, G., Tarantino, V., & Turriziani, P. (2023). Memoria a largo plazo de experiencias sensoriales del primer embarazo, su periparto y posparto en mujeres con espectro autista, trastornos sin discapacidad intelectual: un estudio retrospectivo. *Autismo y trastornos del desarrollo*.
<https://doi.org/10.1007/s10803-023-06189-y>

- Caparros-Gonzalez, R., Romero-Gonzalez, B., & Peralta-Ramirez. (2018). Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:97 doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.97>
- Carrillo-Mora, P., García-Franco, A., Martínez-Torres, D., Pérez-Villalobos, J., Rodríguez-Vásquez, G., & Soto-Lara, M. (2021). Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 64(1), 39-48. <http://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2021.64.1.07>
- Carvajal, T. J., Riveros Del Valle, C., Robinson, A. S., & Farías, V. (2021). Influencia de las expectativas de género en las dificultades diagnósticas en mujeres con Trastorno del Espectro Autista. *Revista de Estudiantes de Terapia Ocupacional*, 8(1), 64-82.
- Castro, R. & Erviti, J. (2014). 24 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *Rev CONAMED*, 19(1), 37-42.
- Clouder, L., Karakus, M., Cinotti, A., Ferreyra, M. V., Fierros, G. A., & Rojo, P. (2020). Neurodiversity in higher education: a narrative synthesis. *High Educ* 80, 757-778. <https://doi.org/10.1007/s10734-020-00513-6>
- Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONAMASA). (2023). *Linea de la vida 800-911-2000*. <https://www.gob.mx/conasama/articulos/linea-de-la-vida-800-911-2000#:~:text=L%C3%ADnea%20de%20la%20Vida%20800,Adicciones%20%7C%20Gobierno%20%7C%20gob.mx>
- Confederación Autismo España. (2018). *Las personas con TEA pueden mostrar inflexibilidad de pensamiento y comportamiento*.

<https://autismo.org.es/actualidad/noticias/personas-tea-inflexibilidad-cognitiva/>

Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad [CONADIS] (2024). *Ley general para la inclusión de las personas con discapacidad*. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGIPD.pdf>

Coo, C. S., Mira, O. A., García, V. M., & Zamudio, V. P. (2021). Salud mental en madres en el periodo perinatal. *Revista Chilena de Pediatría*, 92(5), 724-732. DOI: 10.32641/andespediatr.v92i5.3519

Corby, S., Pellicano, E., & Maloret, P. (2024). Autistic women's sensory needs in pregnancy and birth. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. <https://doi.org/10.1007/s10803-024-06255-y>

Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139–167.

Crenshaw, K. (1991). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241–1299. <https://doi.org/10.2307/1229039>

Cruz, S., Conde-Pumpido Zubizarreta, S., Costa, A. D., Araújo, R., Martinho, J., Tubío-Fungueiriño, M., Sampaio, A., Cruz, R., Carracedo, A., & Fernández-Prieto, M. (2025). Is there a bias towards males in the diagnosis of autism? A systematic review and meta-analysis. *Neuropsychology Review*, 35(1), 153–176. <https://doi.org/10.1007/s11065-023-09630-2>

- Delgado-Pérez, E., Yuste-Sánchez, M. J., Pérez-Martín, Y., Abuín-Porras, V., & Rodríguez-Costa, I. (2021). New motherhood concepts, implications for healthcare: A qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24), 13118. <https://doi.org/10.3390/ijerph182413118>
- Demartini, B., Nisticò, V., Limonta, S., Tarantino, V., Stefanelli, G., Calistro, F., Giambanco, L., Faggioli, R., Gambini, O., & Turriziani, P. (2024). Long-term memory of sensory experiences from the first pregnancy, its peri-partum and post-partum in women with autism spectrum disorders without intellectual disabilities: A retrospective study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 54, 4709–4718. <https://doi.org/10.1007/s10803-023-06189-y>
- Denzin, K. N., & Lincoln, S. Y. (2012). Manual de investigación cualitativa. Ingresando al campo de la investigación cualitativa. Pp. 1-29.
- Donovan, J. (2020). Experiencias de parto de mujeres con trastorno del espectro autista en un entorno de atención aguda. *Enfermería para la salud de la mujer*, 2, 1-10. 10.1016/j.nwh.2020.04.001
- Doubova, S. V., Paredes-Cruz, M., Perez-Moran, D., Pérez-Cuevas, R., Arsenault, C., & Quinzaños-Fresnedo, C. (2025). Assessing the quality of childbirth care in Mexico: Findings from the maternal eCohort. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25, 455. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-07397-3>
- Drakeford, O. M. Lynn, M. (2024). Social Determinants of Autism in the U.S.: Conceptualizing a Public Health Analytics Framework to Address Health Disparities. *IRE Journals*, 8(6), 264-273.

- Dugdale, A., Thompson, A., Leedham, A., Beail, N., & Freeth, M. (2021). Intense connection and love: The experiences of autistic mothers. *Autism*, 25(7), 1973–1984. <https://doi.org/10.1177/13623613211005987>
- Dwyer, P. (2022). The neurodiversity approach(es): What are they and what do they mean for researchers? *Human Development*, 66(2), 73–92. <https://doi.org/10.1159/000523723>
- Estrada, A. (2024). *El vacío del diagnóstico de autismo en niñas y mujeres*. <https://tecscience.tec.mx/es/salud/autismo-en-mujeres-adultas-diagnostico/>
- Federici, S. (2004). *Caliban and the witch: Women, the body and primitive accumulation*. Autonomedia.
- Fernández, A., Mas, M. R., Montagut, M., & Pastor, G. (2018). Influencia del sesgo de género en el diagnóstico de trastorno de espectro autista: una revisión. *Escritos de psicología*, 11(1), 42-54. DOI: 10.5231/psy.writ.2018.2804
- Ferrante, C., & Tiseyra, M. V. (2024). Maternidad y discapacidad: Un estado del arte desde el prisma latinoamericano. *Disability and the Global South*, 11(1), 2404–2426.
- Ferrara, R., Ricci, P., Damato, F. M., Iovino, L., Ricci, L., Cicinelli, G., Simeoli, R., & Keller, R. (2023). Pregnancy in autistic women and social medical considerations: Scoping review and meta-synthesis. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1222127. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1222127>
- Foran, L., Schirling, H., Beaudoin, E., Scheibner, H., & Cestrone, A. (2021). Exploring the birth stories of women on the autism spectrum. *Journal of*

Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 50(6), 679–690.

<https://doi.org/10.1016/j.jogn.2021.08.099>

Gamboa, R. (2011). El papel de la teoría crítica en la investigación educativa y cualitativa, *Revista electrónica diálogos educativos*, 21, 48-64.

García, A. K. (2022). *Diagnóstico de autismo en mujeres, ¿Subrepresentación o menor incidencia?* <https://autismocdmexico.org/ar/diagnostico-de-autismo-en-mujeres-subrepresentacion-o-menor-incidencia/>

García-Molina, I. (2024). “When I need help, I ask my friends”: Experiences of Spanish autistic women when disclosing their late diagnosis to family and friends. *Frontiers in Psychology*, 15, 1342352.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1342352>

García-Molina, I., & Cortés-Calvo, M. (2025). “Until I had my son, I did not realise that these characteristics could be due to autism”: Motherhood and family experiences of Spanish autistic mothers. *Autism in Adulthood*, 7(3), 303–311.

<https://doi.org/10.1089/aut.2023.0013>

García-Plata, M., & Garcia-Molina, I. (2025). “We carry the burden of doing right, doing wrong, and the guilt that follows”: A qualitative study of postpartum experiences of autistic and non-autistic mothers. *Disabilities*, 5(4), 86.

<https://doi.org/10.3390/disabilities5040086>

Garland-Thomson, R. (2002). Integrando la discapacidad, transformando la teoría feminista. *NWSA Journal*, 14(3), 1-32.

<https://doi.org/10.1353/nwsa.2003.0005>

- Gelabert, T. S. (2017). Repensando la interseccionalidad desde la teoría feminista. *AGORA* 36(2), 229-256. <http://dx.doi.org/10.15304/ag.36.2.3711>
- Gesser, M., Block, P., & Mello, A. G. de. (2022). Estudios sobre discapacidad: Interseccionalidad, anticapacitismo y emancipación social. *Andamios, Revista de Investigación Social*, 19(49), 217–254. <https://doi.org/10.29092/uacm.v19i49.924>
- Gonzales, B. (2017). *Maternidad: problemas y dificultades*. <https://www.somospsicologos.es/blog/problemas-maternidad/>
- Gore, K., Hayward, S. M., Flower, R. L., Gilbert, M., & Barbaro, J. (2024). “Maybe no one knows we need help”: Understanding the experiences of autistic working mothers in Australia. *Autism in Adulthood*, 6(1), 47–59. <https://doi.org/10.1089/aut.2022.0089>
- 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>
- Grove, S. K., & Gray, J. R. (2019). Investigación en enfermería: Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia (7ª edición). Elsevier Health Sciences.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida. (s. f.). *Situación de los derechos humanos de las personas con discapacidad en México*. GIRE. <https://gire.org.mx/otros-documentos/informe-cidh/>

- Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología y de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. (2000). Una propuesta de medida de la clase social. *Atención primaria*, 25(5), 350-363.
[https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(00\)78518-0](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(00)78518-0)
- Gutiérrez-González, A., & Ruiz-Ballesteros, E. (2020). "Mi hijo es autista": normalidad y maternidades diferentes. Una aproximación antropológica a las dimensiones sociales del autismo. *Disparidades. Revista de Antropología*, 75(2), e019. <https://doi.org/10.3989/dra.2020.019>
- Hamdani, Y., Kassee, C., Walker, M., Lunskey, Y., Gladstone, B., Sawyer, A., Ameis, S. H., Desarkar, P., Szatmari, P., & Lai, M.-C. (2023). Roadblocks and detours on pathways to a clinical diagnosis of autism for girls and women: A qualitative secondary analysis. *Women's Health*, 19, 17455057231163761.
<https://doi.org/10.1177/17455057231163761>
- Hampton, S., Allison, C., Aydin, E., Baron-Cohen, S., & Holt, R. (2022). Autistic mothers' perinatal well-being and parenting styles. *Autism*, 26(7), 1805-1820.
<https://doi.org/10.1177/13623613211065544>
- Hampton, S., Allison, C., Baron-Cohen, S., & Holt, R. (2023). Autistic People's Perinatal Experiences II: A Survey of Childbirth and Postnatal Experiences. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 26(5), 2749-2763.
<https://doi.org/10.1007/s10803-022-05484-4>
- Hampton, S., Allison, C., Baron-Cohen, S., & Holt, R. (2024). Autistic People's Perinatal Experiences I: A Survey of Pregnancy Experiences. *Journal of Autism*

and Developmental Disorders, 54, 211-223. <https://doi.org/10.1007/s10803-022-05754-1>

Hampton, S., Man, J., Allison, C., Aydin, E., Baron-Cohen, S., & Holt, R. (2022). A qualitative exploration of autistic mothers' experiences II: Childbirth and postnatal experiences. *Autism*, 26(5), 1165–1175.

<https://doi.org/10.1177/13623613211043701>

Hampton, S., Man, J., Allison, C., Aydin, E., Baron-Cohen, S., & Holt, R. (2023). A qualitative exploration of autistic mothers' experiences I: Pregnancy experiences. *Autism*, 27(5), 1271–1282.

<https://doi.org/10.1177/13623613221132435>

Hampton, S., Man, J., Allison, C., Aydin, E., Baron-Cohen, S., & Holt, R. (2022). A qualitative exploration of autistic mothers' experiences II: Childbirth and postnatal experiences. *Autism*, 26(5), 1165-1175.

DOI:10.1177/13623613211043701

Hervás, A. (2022). Género femenino y autismo: infra detección y mis diagnósticos.

Medicina 82(1), 37-42. <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v82s1/1669-9106-medba-82-s1-37.pdf>

Hu, Y., Huang, S., Xiao, M., Fu, B., Tang, G., Lommel, L., & Lei, J. (2023). Barriers and facilitators of psychological help-seeking behaviors for perinatal women with depressive symptoms: A qualitative systematic review based on the Consolidated Framework for Implementation Research. *Midwifery*, 122, 103686. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103686>

- Hull, L., Lai, M.C., Baron-Cohen, S., Allison, C., Smith, P., Petrides, K. V., & Mandy, W. (2020). *Gender differences in self-reported camouflaging in autistic and non-autistic adults*. *Autism*, 24(2), 352–363.
<https://doi.org/10.1177/1362361319864804>
- Ibarra-Sáiz, M. S., González-Elorza, A., & Rodríguez-Gómez, G. (2023). Aportaciones metodológicas para el uso de la entrevista semiestructurada en la investigación educativa a partir de un estudio de caso múltiple. *Revista de Investigación Educativa*, 41(2), 501-522. <https://doi.org/10.6018/rie.546401>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2023). *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares Estacional (ENIGH E) 2022*.
<https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENIGH-E/ENIGH-E2022.pdf>
- Jaarsma, P., & Welin, S. (2012). Autism as a natural human variation: Reflections on the claims of the neurodiversity movement. *Health Care Analysis*, 20(1), 20–30. <https://doi.org/10.1007/s10728-011-0169-9>
- Jafarabdi, M.A., Gholipour, K., Shahrokhi, H., Malek, A., Ghiasi, A., Pourasghari, H. & Lezadi, S. (2021). Disparities in the quality of and access to services in children with autism spectrum disorders: a structural equation modeling. *Arch Public Health*, 79(1). <https://doi.org/10.1186/s13690-021-00577-5>
- Kafer, A. (2013). *Feminist, Queer, Crip*. IN: Indiana University Press.
- Kapp, S. K., Gillespie-Lynch, K., Sherman, L. E., & Hutman, T. (2013). Deficit, difference, or both? Autism and neurodiversity. *Developmental Psychology*, 49(1), 59–71. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0028353>

- La Barbera, M. C. (2016). Interseccionalidad, un “concepto viajero”: orígenes, desarrollo e implementación en la Unión Europea, *Interdisciplina*, 4(8), 105-122.
- La Barbera, M. C. (2017). Interseccionalidad. *Revista en Cultura de la Legalidad*, 12, 191-198. <https://doi.org/10.20318/eunomia.2017.3651>
- Lai, M. C., & Baron-Cohen, S. (2015). Identifying the lost generation of adults with autism spectrum conditions. *The Lancet Psychiatry*, 2(11), 1013–1027. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00277-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00277-1)
- Leavitt, J. W. (2009). Meaning and feeling in the anthropology of emotions. *American Ethnologist*, 23(3), 514–539.
- Leedham, A., Thompson, A. R., Smith, R., & Freeth, M. (2020). “I was exhausted trying to figure it out”: The experiences of females receiving an autism diagnosis in middle to late adulthood. *Autism*, 24(1), 135–146. <https://doi.org/10.1177/1362361319853442>
- Lewis, F. L., Schirling, H., Beaudoin, W., Scheibner, H. & Cestrone, A. (2021). Explorando las historias de nacimiento de mujeres con autismo. *JOGNN*, 50, 679-690. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2021.08.099>
- 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>

- Lockington, D. C., & Gullon-Scott, F. (2025). The lived experiences of autistic mothers: A systematic review and thematic synthesis of qualitative evidence. *Autism & Developmental Language Impairments*, 10, 1–26.
<https://doi.org/10.1177/23969415251343850>
- López, G. S., & Rivas, T. R. (2014). El trastorno del espectro del autismo: Retos, oportunidades y necesidades. *Informes Psicológicos*, 14(2), 13-31. ISSN: 2145-3535
- Mallipeddi, N. V., & VanDaalen, R. A. (2022). Intersectionality within critical autism studies: A narrative review. *Autism in Adulthood*, 4(4), 281–289.
<https://doi.org/10.1089/aut.2021.0014>
- Mandy, W., Pellicano, L., St Pourcain, B., Skuse, D., & Heron, J. (2018). The development of autistic social traits across childhood and adolescence in males and females. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(11), 1143–1151. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12913>
- Martin, E. (2001). *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston: Beacon Press.
- Martínez, A., & Soto, G. (2021). Diario de campo. En M. Sánchez Mendiola, A. Martínez Hernández y M. D. del Pilar Martínez González (Coords.), *Evaluación del y para el aprendizaje: instrumentos y estrategias* (pp. 527–538). Universidad Nacional Autónoma de México, Coordinación de Universidad Abierta, Innovación Educativa y Educación a Distancia (CUAIEED).

- Martínez, R. A., & García, M. A. (2021). El derecho a la sexualidad. Mujeres y discapacidad en el discurso de la sexualidad normalizada. *Revista Latina de Sociología*, 11(1), 151–175. <https://doi.org/10.17979/relaso.2021.11.1.8985>
- Moore, L., Foley, S., & Larkin, F. (2025). Understanding the experiences of receiving and providing maternity care for autistic adults: A multi-perspectival interpretative phenomenological analysis study. *Autism*, 29(2), 435–446. <https://doi.org/10.1177/13623613241274518>
- Morán, L. (2022). *Vivir con trastorno del espectro autista siendo adulto*. <https://ciencia.unam.mx/leer/1250/vivir-con-trastorno-del-espectro-autista-siendo-adulto>
- Moreno, Z. C. (2024). *Fenomenologías de la percepción y neurodivergencias* [Tesis de licenciatura, Universidad de Chile, Facultad de Filosofía y Humanidades]. <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/197806/Fenomenologias-de-la-percepcion-y-neurodivergencias.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Naeem, M., Ozuem, W., Howell, K., & Ranfagni, S. (2024). Demystification and actualisation of data saturation in qualitative research through thematic analysis. *International Journal of Qualitative Methods*, 23, 1–14. <https://doi.org/10.1177/16094069241229777>
- National Institutes of Health (NIH). (2019). Cuidados previos al embarazo y cuidados prenatales. <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/preconceptioncare>
- National Institutes of Health (NIH). (2020). ¿Qué son los cuidados prenatales y por qué son importantes? <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/pregnancy/informacion/prenatales>

National Institutes of Health (NIH). (2020). Información sobre el embarazo.

<https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/pregnancy/informacion>

National Institutes of Health (NIH). (2021). ¿Cuáles son algunas complicaciones comunes del embarazo?

<https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/pregnancy/informacion/complicaciones>

Nava, A. (2022). *Atención al autismo, insuficiente. Excelsior*.

<https://www.excelsior.com.mx/nacional/atencion-al-autismo-insuficiente/1507487>

Nicolaidis, C., Raymaker, D. M., Ashkenazy, E., McDonald, K. E., Dern, S., Baggs,

A. E. V., Kapp, S. K., Weiner, M., & Boisclair, W. C. (2015). “Respect the way I need to communicate with you”: Healthcare experiences of adults on the autism spectrum. *Autism*, 19(7), 824–831.

<https://doi.org/10.1177/1362361315576221>

Noreña, A. L., Alcaraz-Moreno, N., Rojas, J. G. & Rebolledo-Malpica, D. (2012).

Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *AQUICHAN*, 12(3), 263-274.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74124948006>

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

(UNESCO). (2022). *La atención y educación de la primera infancia*.

<https://www.unesco.org/es/early-childhood-education>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). *Objetivos de desarrollo sostenible*.

<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). *Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo*.

Organización Mundial de la Salud.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250796>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). Género y salud.

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

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023). *Autismo*.

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

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023). *Mortalidad materna*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality#:~:text=La%20raz%C3%B3n%20de%20mortalidad%20materna%20a%20escala%20mundial%20en%202020,ha%20conseguido%20a%20nivel%20nacional>.

Ortega-Bastidas, J. (2020). ¿Cómo saturamos los datos? Una propuesta analítica

"desde" y "para" la investigación cualitativa. *Interciencia*, 45(6), 293–299.

Palomar, C. (2005). Maternidad: historia y cultura. *La ventana*, 22.

<https://www.scielo.org.mx/pdf/laven/v3n22/1405-9436-laven-3-22-35.pdf>

Palomar, V. C. (2004). "Malas madres": la construcción social de la maternidad.

Debate Feminista, 30, 12–34.

<https://doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.2004.30.1046>

Paredes, F. P., & Ponguillo, L. V. (2022). Apoyo y ajustes razonables para desarrollar la comunicación en niños con trastorno del espectro autista. *Qvadrata*, 5(8), 53-72. ISSN: 2683-2143

Pérez, E. K. (2023). Perspectivas únicas: el espectro autista en mujeres. *Revista Digital Universitaria (RDU)*, 24(6), 3-11.

<http://doi.org/10.22201/cuaieed.16076079e.2023.24.6.18>

Pérez-Ramírez, B. (2017). Políticas institucionales dirigidas a personas con discapacidad en México: entre la asistencia y el estado de excepción. *Trabajo Social Global–Global Social Work*, 7(13), 73–94.

<https://doi.org/10.30827/tsg-gsw.v7i13.5675>

Perry-Jenkins, M., Goldberg, A. E., Pierce, C. P., & Sayer, A. G. (2007). Shift work, role overload, and the transition to parenthood. *Journal of Marriage and Family*, 69(1), 123–138. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2006.00349.x>

Pohl, A. L., Crockford, S. K., Blakemore, M., Allison, C., & Baron-Cohen, S. (2020). A comparative study of autistic and non-autistic women's experience of motherhood. *MolecularAutism*, 11(3), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s13229-019-0304-2>

Polit, F. D., & Beck, C. T. (2018). Investigación en enfermería. Fundamentos para el uso de la evidencia en la práctica de la enfermería (9ª edición). Wolters Kluwer.

- Reaño, C. E. (2022). El autismo en el Perú: Una mirada desde el equipo de investigación y trabajo en autismo. *Rev. Investigaciones ULCB*, 9(1), 110-116. <https://doi.org/10.36955/RIULCB.2022v9n1.009>
- Regulated United Europe [RUE], (s.f.). <https://rue.ee/es/blog/salario-promedio-en-europa/>
- Ríos, K. M. (2019). La entrevista semi-estructurada y las fallas en la estructura. La revisión del método desde una psicología crítica y como una crítica a la psicología. *Caleidoscopio: Revista Semestral de Ciencias Sociales y Humanidades*, 23(41), 65–91. <https://doi.org/10.33064/41crscsh1203>
- Rodríguez, C. P. (2025). *Inper presenta protocolo para embarazadas con autismo*. Excélsior. <https://www.excelsior.com.mx/nacional/inper-protocolo-embarazadas-autismo/1715558>
- Rodríguez-Garrido, P., & Yupanqui-Concha, A. (2023). Mujeres en situación de discapacidad: cuando el acceso a derechos reproductivos sigue siendo un privilegio. En Corporación Miles (Ed.), *Quinto Informe sobre Derechos Sexuales y Reproductivos en Chile* (pp. 104–121). Corporación Miles Chile.
- Rodríguez-Garrido, P. (2023). 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>
- Rogers, C., Lepherd, L., Ganguly, R. & Jacob-Rogers, S. (2016). Perinatal issues for women with high functioning autism spectrum disorder. *Women and Birth*, 20(2). e89-e95. <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2016.09.009>

Roth, B. (2012). Thinking about intersections: From categories to processes.

Philosophy of the Social Sciences, 43(1), 1–24.

<https://doi.org/10.1177/0048393112467839>

Royal College of Psychiatrists. (2024). *Postnatal depression: Key facts*. Royal

College of Psychiatrists. <https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/mental-illnesses-and-mental-health-problems/postnatal-depression-key-facts>

Ruggieri, V. (2024). Autismo y camuflaje. *Medicina (Buenos Aires)*, 84(1), 37-42.

ISSN 1669-9106

Samuel, P., Yew, R. Y., Hooley, M., Hickey, M., & Stokes, M. A. (2021). Sensory challenges experienced by autistic women during pregnancy and childbirth: a systematic review. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 305, 299-311.

<https://doi.org/10.1007/s00404-021-06109-4>

Schalk, S. (2021). Disability. En The Keywords Feministe Editorial Collective, *Keywords for Gender and Sexuality Studies*.

Secretaría de Gobernación. (2016). *Personas con discapacidad* [Folleto informativo].

Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad (CONADIS). Gobierno de México.

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/100162/003_discapacidad.pdf

Secretaría de Salud. (2014). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud.

https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf

Secretaría de Salud. (2020). *Programa de Acción Específico: Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud 2020–2024*. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Gobierno de México.

<https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-de-accion-especificao>

Secretaría de Salud. (2023). *En México, dos de cada 10 mujeres presentan depresión durante el embarazo o después del parto*. Gobierno de México.

<https://www.gob.mx/salud/prensa/122-en-mexico-dos-de-cada-10-mujeres-presentan-depresion-durante-el-embarazo-o-despues-del-parto>

Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. (2024). *Informe semanal de vigilancia epidemiológica: Notificación inmediata de muerte materna. Semana epidemiológica 04*. Gobierno de México.

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/885924/MM_2024_SE04.pdf

Sistema Nacional de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes. (2026). *Autismo en México: impulsan un cambio de enfoque para garantizar inclusión real toda la vida*. Gobierno de México.

Smith, L., Kirton, J., West, H., Jackson, L., Herron, K., & Cherry, M. G. (2026). The interpersonal experiences of autistic women and birthing people in the perinatal period: A systematic review using the autistic SPACE framework. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 44(1), 4–26.

<https://doi.org/10.1080/02646838.2025.2526492>

Sosa-Sánchez, I. A. (2018). Estratificación de la reproducción y violencia obstétrica en servicios públicos de salud reproductiva. *Alteridades*, 28(55), 87–98.

<https://doi.org/10.24275/uam/izt/dcsh/alteridades/2018v28n55/sosa>

Streubert, J. H., & Rinaldi, C., D. (2011). Qualitative Research in Nursing.

Advancing the Humanistic Imperative (5th edition). Wolters Kluwer.

Sundelin, H. E., Stephansson, O., Hultman, C. M., & Ludvigsson, J. F. (2018).

Pregnancy outcomes in women with autism: A nationwide population-based cohort study. *Clinical Epidemiology*, 10, 1817–1826.

<https://doi.org/10.2147/CLEP.S176910>

Talcer, M. C., Dufy, O. & Pedlow, K. (2021). Una exploración cualitativa de las

experiencias sensoriales de las madres autistas. *Autismo y trastornos del desarrollo*, 53, 834-849. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-05188-1>

Tarasoff, L. A., Lunskey, Y., Welsh, K., Proulx, L., Havercamp, S. M., Parish, S. L.,

& Brown, H. K. (2023). Unmet needs, limited access: A qualitative study of postpartum health care experiences of people with disabilities. *Journal of Advanced Nursing*, 79(9), 3324–3336. <https://doi.org/10.1111/jan.15642>

Thomas, P., Zahorodny, W., Peng, B., Kim, S., Jani, N., Halperin, W., &

Brimacombe, M. (2012). The association of autism diagnosis with socioeconomic status. *Autism*, 16(2), 201–213.

<https://doi.org/10.1177/1362361311413397>

Universidad de Barcelona (2018). ¿Qué es el embarazo?

<https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/embarazo-y-parto>

- Vaiouli, P., & Panayiotou, G. (2021). Alexithymia and autistic traits: Associations with social and emotional challenges among college students. *Frontiers in Neuroscience*, 15, 1-11. <https://doi.org/10.3389/fnins.2021.733775>
- Vázquez, M. A. (2015). *La atención educativa de los alumnos con trastornos del espectro autista*. Red Para Crecer.
- Viveros Vigoya, M. (2016). La interseccionalidad: Una aproximación situada a la dominación. *Debate Feminista*, 52, 1–17.
<https://doi.org/10.1016/j.df.2016.09.005>
- Westgate, V., Sewell, O., Caramaschi, D., & O'Mahen, H. (2024). Autistic women's experiences of the perinatal period: A systematic mixed methods review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s40489-024-00461-2>
- Winnard, R., Roy, M., & Butler-Coyne, H. (2022). Motherhood: Female Perspectives and Experiences of Being a Parent with ASC. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 52, 2314-2324.
<https://doi.org/10.1007/s10803021051225>
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization.
<https://iris.who.int/handle/10665/260178>
- Yergeau, M. R. (2018). *Authoring autism: On rhetoric and neurological queerness*. Duke University Press. <https://doi.org/10.1215/9780822372189>

Zabala, M. C. & Fundora, G. E. (2022). Interseccionalidad, equidad y políticas sociales. En Acuario (Ed.). *Interseccionalidades más allá del occidentalismo* (1era ed., pp. 10-20).

Apéndices

Apéndice A. Guía de Entrevista de los Significados Otorgados por Mujeres

Autistas al Proceso de Embarazo y Parto

Introducción y Bienvenida

Me gustaría que hablemos de su experiencia vivida durante su proceso de embarazo y parto, siendo una mujer autista, es muy importante escuchar desde su experiencia, el significado que le da al haber vivido estos procesos siendo una mujer autista. Hablar de sus experiencias en estas etapas, nos ayudará a comprender qué significa para las mujeres autistas vivir estos procesos.

Primero, me gustaría que me expresara si considera que hay algo que podamos modificar en el entorno para mejorar su comodidad, y que, cualquier cosa que le moleste, me lo haga saber.

Pregunta Orientadora o de Aproximación

1. ¿Qué es lo que recuerda de sus procesos de embarazo y parto?

Preguntas Norteadoras o Detonadoras

2. ¿Qué representó para usted tener un embarazo y posteriormente un parto?
3. ¿Qué momentos de su embarazo considera que marcaron significativamente su vida? O ¿Qué evento de su embarazo recuerda más?
4. ¿Qué momentos de su parto considera que marcaron de manera significativa su vida? O ¿Qué momento de su parto recuerda más?

5. ¿Cree usted que su clase social influyó para vivir su proceso de embarazo y parto de la manera en que lo vivió? Si la respuesta es sí, podría detallarme, ¿Cómo fue que influyó esto?
6. ¿La decisión de embarazarse fue propia o estuvo influenciada por otros factores, personas, etc.?
7. ¿Qué retos enfrentó durante estos procesos?
8. ¿Considera que, al informar o no informar su condición de autismo, contribuyó de alguna manera en cómo vivió sus procesos de embarazo y parto? Si la respuesta es sí, podría detallarme ¿Cómo fue que esto contribuyó en su experiencia? ¿Considera que hubiera cambiado en algo su experiencia el no contar o contar con esta condición?
9. ¿Cómo fue el trato que obtuvo del personal de salud durante todo el proceso de embarazo y parto? Desde consultas prenatales hasta el momento de su parto.
10. Considera que, durante estas atenciones, ¿presentó alguna barrera o factores que facilitaran estos procesos? De ser así, ¿Cuáles?

Preguntas de Conducción

Desarrollo

11. ¿Me puede contar más de su experiencia durante estos procesos?
12. ¿Qué otro aspecto toma relevancia durante estos procesos?

Cierre, Despedida y Agradecimientos

Antes de concluir esta plática, me gustaría saber si ¿usted desea agregar algo más?

Muchas gracias por dedicarme este tiempo, que fue muy importante para mí y que me permite conocer más de su experiencia de haber vivido estos procesos de embarazo y parto siendo una mujer autista. Es posible que al escuchar la entrevista surjan nuevas preguntas que me motiven a conocer aún más sus experiencias y lo que significan para usted estos procesos. ¿Estaría de acuerdo en que yo regrese a visitarla aquí a su casa para platicar nuevamente? De antemano, le agradezco por el apoyo.

Apéndice B. Guía de Observación y de Diario de Campo

1. Datos Informativos

Siglas de la participante: _____

Fecha: _____

Hora de inicio de entrevista: _____ Hora de término:

Tabla 1

Guía de Observaciones

Aspectos por observar
Contexto en que se desarrolla la entrevista (lugar con mucha luz, poca luz, color de paredes, etc.)
Hechos, comportamientos o patrones de la participante (movimientos observados, lenguaje corporal, manías, postura y lenguaje no verbal)
Expresiones realizadas por la participante (cómo se comunica, cómo es su lenguaje, etc.)
Emociones y sentimientos expresados por la participante
Sucesos acontecidos durante la entrevista
Sentimientos generados en la investigadora durante la aplicación de la entrevista

Nota. Elaboración propia a partir de Angrosino, M. (2007). La recogida de datos en el campo. En: Etnografía y observación participante en investigación cualitativa. (pp.59-78). Ediciones Morata.

Apéndice C. Invitación para Participación en la Investigación



**TU VOZ ES VALIOSA Y PUEDE
HACER UNA GRAN DIFERENCIA**



Puedes participar en una investigación sobre mujeres
autistas y sus experiencias en embarazo y parto.

*Puedes obtener más
información de la
investigación a través
del siguiente código QR:



Puedes participar si:

1. Eres y/o te identificas como una mujer autista mexicana.
2. Tienes 18 años o más.
3. Has tenido alguna experiencia de embarazo (a término o no), parto o incluso si estás embarazada.

**Información
de contacto**

- Envía un correo electrónico a:
aranza_apodaca@hotmail.com
- O a través del siguiente número:
6681207974 

*Si deseas participar, en agradecimiento obtendrás
un libro titulado: "La razón por la que salto".*

Apéndice D. Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
FACULTAD DE ENFERMERÍA MOCHIS



Consentimiento Informado

Título del Proyecto de Investigación: “Significados que otorgan las mujeres autistas al proceso de embarazo y parto a través de la teoría de la interseccionalidad (clase, género y discapacidad).”

Estudiante: L. E. Aranza Judith Apodaca Leyva.

Directoras de Tesis: DCE. Carolina Valdez Montero, Dra. Berenice Juan Martínez.

Objetivo del Estudio: Analizar los significados que otorgan las mujeres autistas al proceso de embarazo y parto a través de la teoría de la interseccionalidad (género, clase y discapacidad).

Procedimiento: Su participación en esta investigación consistirá en proporcionar información de acuerdo con las preguntas de la entrevista que se realizará, la cual será grabada con una grabadora de audio. La investigadora procurará en todo momento que durante la entrevista se lleven a cabo medidas para protegerla. Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria, la investigadora no interferirá con su decisión de participación, retiro o rechazo en este estudio; no habrá ninguna consecuencia perjudicial para usted ni laboral, económica y/o académicamente en caso de no aceptar participar en el estudio. Si acepta participar, puede retirarse en el momento en que lo desee.

Beneficios para las Participantes: Al participar no recibirá remuneración económica, sin embargo, recibirá un libro titulado “La razón por la que salto”, además, la información que comparta será muy valiosa para los profesionales de salud debido a que se obtendrán conocimientos que ayudarán a entender los significados otorgados a los procesos vividos de embarazo y parto en mujeres autistas. Es importante mencionar que, los resultados obtenidos no serán utilizados en perjuicio de la participante.

Confidencialidad: La información obtenida en este estudio, se mantendrá con estricta confidencialidad por el grupo de investigadoras. La publicación de los datos se realizará con la sustitución de su nombre por el de una diosa de la antigua Grecia, para mantener el anonimato de su identidad, siempre respetando su dignidad, garantizando la protección de sus derechos y su bienestar.

Riesgo. Esta investigación es considerada como investigación de riesgo mínimo, por lo tanto, su participación no representa ningún riesgo para usted ni para su bebé (en caso de estar embarazada); sin embargo, existe la posibilidad de que pueda sentirse incómoda con algunas preguntas.

Renuncia/Retiro: Su participación es voluntaria y si decide retirarse no tendrá ninguna afectación por ello.

Datos de Contacto: Si tiene alguna duda o aclaración, comunicarse al número 668-120-7974, o a través del correo electrónico aranza_apodaca@hotmail.com, o bien, comunicarse directamente con la responsable del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería Mochis, la Dra. Patricia Miranda Félix al teléfono 668-861-5068 o al correo patriciamiranda@uas.edu.mx.

Usted recibirá una copia de este consentimiento, el cual cuenta con el teléfono y correo electrónico de la investigadora, para aclarar sus dudas sobre el proyecto de investigación y su participación en esta.

Esta investigación ha sido aprobada por el Comité de Investigación y el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería Mochis.

“Se me ha explicado y dado a conocer en qué consiste el proyecto de investigación, y que puedo elegir libremente abandonarlo en cualquier momento que lo desee, por tal motivo, otorgo mi consentimiento para mi participación en el proyecto. Una vez que firme, entiendo que una copia de este documento será guardada junto con su archivo de investigación”.

Firma de la participante

Lugar y fecha: _____

Si al término de la entrevista, usted considera necesario recibir ayuda profesional, se proporciona información de la siguiente línea de vida de ayuda profesional que brinda apoyo emocional y orientación en salud mental la cual está disponible las 24 horas del día: Línea de la Vida: 800 911 2000

Apendice E. Oficio de Aprobación de Comité de Ética en Investigación



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
FACULTAD DE ENFERMERÍA MOCHIS
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN



Los Mochis, Sinaloa. A 18 de marzo de 2025.

Aranza Judith Apodaca Leyva
Investigador Principal

Asunto: DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN.

Título del Proyecto: Significados que otorgan las mujeres autistas al proceso de embarazo y parto a través de la teoría de la interseccionalidad”
Código asignado por el Comité: **CEI-108**

Le informamos que su proyecto de referencia ha sido evaluado por el Comité de ética en investigación con Registro CONBIOETICA-25-CEI-001-20211201. Las opiniones acerca de los documentos presentados se encuentran a continuación:

	Decisión
PROTOCOLO	Aprobado
CONSENTIMIENTO INFORMADO	Aprobado

Este protocolo tiene vigencia de 18 de marzo de 2025 a 18 de marzo de 2026.

Dra. Patricia Enequina Miranda Félix
Presidenta del Comité de Ética en Investigación
Facultad de Enfermería Mochis
Universidad Autónoma de Sinaloa

Resumen autobiográfico

LE. Aranza Judith Apodaca Leyva

Candidata a Maestra en Ciencias en Enfermería

Tesis: Análisis Interseccional de los Significados del Proceso de Embarazo y

Parto en Mujeres Autistas

Biografía: Nacida en Los Mochis, Sinaloa, el 11 de mayo de 1998, hija de Luis Alonso Apodaca Ruelas y Rosa Aide Leyva Elizalde.

Educación: Egresada del programa de Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa (UAS). Becada por la Secretaría de Ciencias, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHTI) para realizar estudios de Maestría en Ciencias en Enfermería en la Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa durante el periodo 2024-2026.

Experiencia profesional: Docente de la materia de Metodología de la Investigación en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Durango, Campus Los Mochis en el periodo enero-junio de 2026; personal de salud bienestar (PESABI) en la Secretaría del Bienestar durante el periodo enero-mayo de 2025.

Experiencia en Investigación: Estancia de investigación en la Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Baja California (UABC) de la ciudad de Mexicali, del 19 de mayo al 19 de junio del 2025 de manera presencial y del 20 de junio al 19 de agosto de manera virtual; perteneciente al grupo de investigación “Salud Mental y Conductas de Riesgo en Población Vulnerable” de la Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa.

Asociaciones y membresías: Becaria SECIHTI para estudios de posgrado, miembro de la Sociedad Internacional de Honor de Enfermería Sigma Theta Tau como miembro del Capítulo Tau Alpha desde 2025.

Distinciones: Tercer lugar en ponencia de carteles de investigación con el tema “Análisis interseccional de los significados del proceso de embarazo y parto en mujeres autistas” en el 13° Congreso Nacional de Posgrados en Enfermería y la 1° Asamblea de la Red de Posgrados en Enfermería, llevado a cabo los días 4 y 5 de diciembre de 2025 en la Facultad de Enfermería y la Unidad de Servicios Bibliotecarios y de la Información en la Región Veracruz de la Universidad Veracruzana.

Difusión: Participación como expositora en el II Congreso Multidisciplinar de Investigación Cualitativa en Salud en modalidad póster digital con el tema “Significados que otorgan las mujeres autistas al proceso de embarazo y parto a través de la teoría de la interseccionalidad (clase, género y discapacidad) los días 5 a 7 de diciembre de 2024; expositora en el I Congreso Internacional de Investigación en Salud Mental “Salud mental y salud laboral un impacto global” y I Reunión de la Academia Internacional de Investigación en Salud Mental, con el título “Experiencias de mujeres autistas en el proceso de embarazo y parto desde la interseccionalidad” durante los días 14 y 15 de noviembre del 2024.

E-mail: aranza_apodaca@hotmail.com