Mente y política
Neurodiversidad vs. enfoque médico

Diego Saravia Alía
email: dsa@unsa.edu.ar

Profesor. Depto. de Física. Fac. de Ciencias Exactas.
Universidad Nacional de Salta. Argentina
ORCID: 0000-0002-1868-0409
License: CC BY-SA 4.0
DOI: 10.13140/RG.2.2.17568.96004
https://ututo.org/articulos/menteypolitica.pdf
Versión 0.3

20 de septiembre de 2026

Índice

1. Introducción **4**
1.1. Qué se propone discutir 4

2. Definiciones previas **5**
2.1. Conceptos generales 6
2.2. Ciencia y filosofía 6
2.3. Cosmovisión, ideología y política 8

3. Antecedentes **10**
3.1. Enfoque social o sociopolítico de la neurodiversidad 10
3.1.1. Fundamentos 11
3.1.2. Microdiccionario 11
3.1.3. Autopercepción, identidad y efecto Forer–Barnum . . . 13
3.1.4. Aspectos de la historia del movimiento de neurodiversidad 14

3.2. Enfoque médico, clínico y psicométrico 15
3.2.1. Fundamentos 15
3.2.2. Microdiccionario clínico y psicométrico 16
3.2.3. Diagnóstico, medición, objetividad, psicometría y umbrales 17
3.2.4. Historia de la construcción clínica del espectro autista . 18
3.2.5. Antecedentes históricos de clasificación científica: Lombroso, Morton, Le Bon, eugenesia, Asperger 18
3.3. Problemas de frontera 20
3.3.1. Síndrome de Down 20
3.3.2. Mismos nombres, otras ideas 20
3.3.3. Escalas continuas vs. SI/NO 21
3.3.4. Trastornos mentales y neurodivergencia, tabla 21

4. Encuadre político **24**
4.1. Progresismo y "wokismo" 24
4.2. Política identitaria y capitalismo 25
4.3. Antecedente soviético 26
4.4. Paradoja de clasificar para combatir la clasificación 26
4.5. Ideología, intereses e identidad 27

5. Discusión y fundamentación de las tesis **27**
5.1. Resumen de tesis 27
5.2. Tesis: existen dificultades y sufrimientos reales 28
5.3. Tesis: algunas intervenciones pueden mejorar esas situaciones . 28
5.4. Tesis: la eficacia de una intervención puede evaluarse con independencia de la designación 28
5.5. Tesis: el conocimiento es incompleto y ninguno de los dos enfoques ofrece criterios estables de delimitación 28
5.6. Tesis: el conocimiento incompleto refuerza las clasificaciones identitarias y las diferencias pseudofilosóficas y pseudopolíticas 30
5.7. Tesis: los enfoques no siempre se alinean con las clases de intervenciones 33
5.8. Tesis: los enfoques no determinan las intervenciones. Hay debate sociopolítico–económico distributivo 35
5.9. Tesis: debe garantizarse la dignidad de las personas involucradas, fuera de debate 40

6. Conclusiones **40**
6.1. Propuesta 1: más ciencia e investigación 41

6.2. Propuesta 2: Desincentivar el debate político sobre los nombres, no decide qué hacer 41
6.3. Propuesta 3: Debatir política y económicamente cada tipo de intervención 42
6.4. Preguntas 43

7. Reconocimientos **43**

8. Anexo: trabajos relacionados y antecedentes conceptuales **43**
8.1. Trabajos y prioridades 44
8.2. Relación de estos antecedentes con las tesis de este trabajo . . 52

Resumen

Este trabajo analiza el debate sobre las diferencias, dificultades y capacidades humanas vinculadas al funcionamiento mental a partir de dos enfoques: el clínico, que construye categorías diagnósticas, psicométricas con pretensión científica e intervencional, y el sociopolítico de la neurodiversidad, que enfatiza la identidad, la autopercepción y la transformación del ambiente y de la sociedad.

Se examinan sus fundamentos, vocabularios, criterios de clasificación y las limitaciones actuales del conocimiento científico. Se sostiene que la existencia de diferencias reales, sus posibles fundamentos, su clasificación y la historia de las categorías no determinan por sí mismas qué intervenciones deben realizarse.

El trabajo distingue entre problemas científicos –qué fenómenos existen, cómo explicarlos y clasificarlos– y problemas políticos –qué intervenciones realizar, quién decide, quién recibe sus beneficios y quién soporta sus costos–. Tratar a una persona y modificar su ambiente son estrategias diferentes, pero no necesariamente contradictorias ni excluyentes, y pueden evaluarse según resultados, riesgos, beneficios y costos.

Se concluye que la oposición habitual entre modelo médico y modelo sociopolítico mezcla indebidamente problemas científicos y políticos. La insuficiencia actual de la ciencia favorece esa confusión. Se propone avanzar hacia un conocimiento científico común y reservar a la política la discusión sobre intervenciones, derechos y distribución de costos y beneficios.

Palabras clave: neurodiversidad, modelo médico, diagnóstico, neurotipos, materialismo, constructivismo social, intervención, discapacidad, política, ciencia, justicia distributiva.

1. Introducción

El debate sobre las tipologías mentales suele presentarse como una discusión acerca de si determinadas características –como las asociadas al "autismo", el "TDAH" o la "dislexia"– deben considerarse enfermedades, trastornos, discapacidades o simplemente variantes de la diversidad humana.

En esa discusión aparecen dos enfoques radicalmente diferentes.

Enfoque clínico: Intenta construir categorías clínicas, diagnósticas, psicométricas y biológicas con pretensión de "cura" o "tratamiento". Pretende ser científico.

Enfoque sociopolítico: Intenta comprender esas diferencias desde un punto de vista de la diversidad humana, de la sociedad o sociopolítico, ligado en distintas formas al constructivismo social, la autopercepción, la identidad y da lugar al movimiento de la neurodiversidad.

Su pretensión es cambiar la sociedad para integrar a los "neurodivergentes". Es político.

No se trata solamente de dos vocabularios. Se trata de dos maneras diferentes de construir el problema, de determinar qué constituye una diferencia relevante, de establecer quién pertenece a cada categoría y de pensar qué debe hacerse frente a esas diferencias.

Sin embargo, el hecho de que los enfoques sean radicalmente diferentes no implica que todas las oposiciones prácticas que se construyen a partir de ellos sean necesariamente irresolubles. Este es precisamente el problema que se discutirá más adelante.

Es posible imaginar una complementariedad que irá profundizándose a medida que la ciencia avance y la sociedad crezca políticamente.

Se presentan tres niveles de estudio de la problemática:

Y por supuesto, como impacta la disputa política y las diferentes cosmovisiones y filosofías en la problemática. Y si la temática tiene posibilidades de mejorar nuestras cosmovisiones.

1.1. Qué se propone discutir

El problema central no es simplemente decidir cuál de las dos perspectivas posee la terminología correcta.

La existencia objetiva de diferencias, dificultades o capacidades humanas no determina por sí misma cómo debemos clasificarlas ni qué debe hacer la sociedad respecto de ellas.

Cuadro 1: Arquitectura argumentativa de los tres niveles de análisis

Nivel	**Contenido**	**Ejemplo en el texto**
Ontológico-empírico	¿Qué fenómenos existen? ¿Qué sabemos? ¿Qué falta saber?	Dificultades reales de atención, comunicación, procesamiento sensorial
Clasificatorio	¿Cómo los nombramos y agrupamos?	DSM-5, CIE-11, neurotipos, identidades
Normativo-político	¿Qué hacemos y quién paga?	Intervenciones personales vs. acomodaciones ambientales

Tampoco puede suponerse que una diferencia real se vuelva irreal porque la categoría utilizada para describirla sea histórica o socialmente construida. Del mismo modo, que una categoría tenga criterios clínicos o que una condición posea bases biológicas no determina por sí mismo qué obligación política debe derivarse de ella.

Existe además una distinción que deberá examinarse con especial cuidado: la oposición entre "tratar a la persona" y "adaptar el ambiente". Las dos perspectivas suelen colocar el énfasis en lados diferentes de esa oposición.

El artículo intentará mostrar qué parte de esa diferencia corresponde realmente a una diferencia de hechos, qué parte corresponde a una diferencia de clasificación y qué parte corresponde a una decisión política.

Este trabajo no pretende establecer una separación epistemológica absoluta entre ciencia y política como si fueran esferas independientes, ni sostiene que la investigación actual sea inválida. Propone, más bien, que dado el estado del conocimiento –donde existen descripciones formales pero no explicaciones causales ni curas–, resulta más fructífero avanzar en la investigación científica mientras la discusión política se concentra en las intervenciones concretas y su distribución justa

2. Definiciones previas

Las definiciones presentes no corresponden necesariamente al uso general de la palabra ni pretenden resolver aquí todas las discusiones históricas sobre el concepto.

Son operativas. No buscan representar un promedio de los usos existentes ni alcanzar un compromiso entre posiciones. Fijan el significado preciso con que los términos serán utilizados en este trabajo, para que las tesis posteriores

puedan discutirse sin ambigüedad.

2.1. Conceptos generales

Conviene distinguir tres cosas que suelen ir juntas pero no son lo mismo:

Comunidad: personas que comparten una condición y se reconocen entre sí; se ayudan, intercambian experiencia, construyen lengua o cultura. Existe en casi todas las condiciones crónicas.

Militancia: organización colectiva para reclamar algo: acceso a intervención, precio, derechos, recursos. Puede darse con o sin identidad.

Identidad: categoría o adscripción que una persona o un colectivo incorpora de manera relativamente estable a la forma en que se define a sí mismo, se reconoce frente a otros y organiza pertenencias, prácticas, expectativas o reivindicaciones. Puede fundarse en una condición, un rasgo, una capacidad, una experiencia, una pertenencia social o una posición política. No presupone déficit, sufrimiento, superioridad, ni diagnóstico.

Determinadas identidades pueden modificar la interpretación de una característica, incluida la valoración de si constituye un problema y de qué intervenciones son aceptables.

Los diabéticos tienen comunidad y militancia, pero militan *por* la insulina; no hay identidad diabética.

2.2. Ciencia y filosofía

Ciencia: es la capacidad de predecir en forma contrastable, o la actividad que produce avances en esa capacidad. Es experimental y es empírica.

Llamamos ciencia sólo a lo que produce predicciones contrastables con la observación; la matemática, el lenguaje y la lógica, en este uso, no son ciencia. Por eso "ciencia empírica" es redundante.

Una teoría científica debe poder ser negada por al menos un experimento que pueda fallar (Popper 1959); un experimento que no puede fallar no sirve a este efecto. La ciencia avanza reduciendo el error de sus predicciones, ampliando el ámbito de aplicación y unificando campos en un mismo marco. El consenso de la comunidad llega después: lo que lo impulsa es la capacidad de predecir. En sistemas con azar, sea por errores aleatorios o por resultados intrínsecamente aleatorios como en

la mecánica cuántica, la predicción es una distribución de probabilidad y no un número con unidades.

Este criterio no excluye a las evaluaciones psicométricas formalizadas que poseen validación predictiva contrastada (por ejemplo, ciertos instrumentos de inteligencia o de detección de perfiles autistas con predicción de necesidades de soporte). Lo que se discute más adelante no es si esas mediciones son "científicas" en este sentido, sino si la ciencia predictiva existente alcanza para derivar intervenciones eficaces que resuelvan o reduzcan sustancialmente las dificultades clasificadas.

Filosofía: es lo que la ciencia no ha cubierto y donde no hay consenso, donde no hay predicciones o no son razonablemente precisas.

Se reconoce una posición filosófica cuando sobre un mismo tema coexisten ideas contradictorias y no hay forma racional y universalmente aceptada de cerrar la disputa. Esas disputas suelen expresar intuiciones distintas.

La diferencia, en una frase: en ciencia hay un criterio de cierre, la predicción contrastada; en filosofía no lo hay. Por eso todas las filosofías de la ciencia comparten el mismo mínimo operativo (medir, formalizar, calcular, predecir, contrastar) y difieren sólo en lo que agregan encima: mecanismos reales y ontología material (Bunge 1967), reconstrucción lógica del lenguaje y adecuación empírica (Carnap 1937; Reichenbach 1938; Hempel 1965; Fraassen 1980), práctica social transformadora (Marx 1845; Lenin 1909), marcos históricos y lingüísticos, pluralidad de métodos o programas de investigación (Kuhn 1962; Gadamer 1975; Feyerabend 1975; Lakatos 1978), o familias de modelos idealizados y mediadores (Cartwright 1983; Giere 1988; Suppes 1960; Sneed 1971; Morgan y Morrison 1999). Ese mínimo es lo que aquí se estudia; lo demás se reconoce y se deja para otro ámbito.

Este trabajo parte de un materialismo que sostiene la existencia independiente de las diferencias y dificultades reales, pero reconoce que las clasificaciones que las agrupan son construcciones históricas y sociales, mediadas por intereses, instituciones y relaciones de poder. No se trata de que el nombre cree la cosa, ni de que la cosa exista al margen de todo nombre.

El trabajo no pretende debatir positivismo (ingenuo) versus constructivismo (idealista), ni defender o refutar esas posiciones. Adopta la visión materialista y sistémica. Donde existe realidad antes que pensamiento, que es un emergente, pero es conciente de que la historia, la sociedad y el pensamiento a través de la acción humana (y hoy de las IA), transforman la realidad y son parte de ella. El lenguaje claramente tiene poder performati-

vo. Se citan autores de varias de esas formas de pensar, porque aportan ideas relevantes. Citarlos no implica adhesión acrítica a sus filosofías subyacentes.

2.3. Cosmovisión, ideología y política

Cosmovisión: es un conjunto de ideas de diverso tipo: filosóficas, políticas, epistemológicas, estéticas, de creencias, etc., generalmente coherentes entre sí y contrapuestas a otras cosmovisiones.

Se puede pensar que cada persona instituye su pensamiento en el marco de su cosmovisión.

Ideología: en forma sintética, es una cosmovisión contraria a los intereses del que la sostiene.

Es el sentido marxista: una representación o cosmovisión que oculta las relaciones materiales reales y puede llevar a quién la sostiene a interpretar la sociedad de una manera contraria a sus propios intereses objetivos.

Política: Ideas contrapuestas que reflejan intereses opuestos.

Si estudiamos los movimientos políticos, también podemos definirlos como tipos de sociedades.

No tenemos en cuenta las propuestas sobre la inexistencias de mercados, porque estos existen en todo tipo de sociedades desde tiempos históricos.

Es claro que las siguientes posiciones políticas representan diferentes intereses económicos.

Espectro capitalista: Queda vacio a propósito, solo contiene los dos que siguen.

Espectro capitalista de derecha: Lo que defiende la propiedad privada de los medios de producción.
Por ello la derecha en general defiende a los capitalistas u otros explotadores.
También por ello la derecha suele ser individualista: cada individuo puede poseer solo sus bienes. La derecha teme al voto y la organización política de las mayorías.

Espectro socialista o centro o capitalismo social: Una variante del capitalismo que pretende mejorarlo. Se puede agrupar con otros en lo que se llama reformismo.

Así capitalismo de derecha y socialismo son ambos capitalistas, que aquí por comodidad dividimos en estos dos.
Muchas mejoras socialistas apuntan a esquemas redistributivos basados en impuestos.
Casi siempre el socialismo se presenta como buscando un equilibrio entre explotadores y explotados. Casi siempre justifica la defensa ética de cierto grado de explotación como inevitabilidad para garantizar el interés humano de progresar.
El socialismo en general tiende a tratar mejor que el capitalismo no socialista a lo comunitario. Por ejemplo, sólo puede imponer impuestos mediante el voto colectivo en democracias.

Espectro comunista, comunitario o izquierda: Contrario al capitalismo, lucha contra la apropiación privada de los medios de producción.

Cuando los comunistas gestionan estados donde existen propiedades de medios de producción privados (casi todas), actúan creando medios de producción estatales. Para los comunistas las sociedades siguen un proceso dinámico en el tiempo, donde actúan cambiando las relaciones de poder y las capacidades materiales de la sociedad.

Es claro aquí que la denominación Partido Comunista es muy específica; por eso hablamos de espectro.

Por ello la izquierda es defensora de los trabajadores u otros explotados.

El comunismo reposa en la organización comunitaria y las formas asamblearias o "soviéticas". No puede ser individualista.

Otros ejes o ideas: Existen proyectos políticos orientados a otras cuestiones no tan económicas, por ejemplo, relacionadas con:

- la autoorganización versus la verticalidad, –anarquismos o fascismos–, si bien casi todos ellos terminan clasificándose en el eje izquierda vs. derecha.
- lo conservador versus lo progresista. Lo conservador centra sus ideas en los valores tradicionales de las sociedades y en su conservación. La tradición, la nación, la familia, la propiedad privada y las instituciones heredadas, no porque fueran perfectas, sino porque condensan conocimientos y vínculos sociales difíciles de reconstruir racionalmente desde cero (Scruton 2014; Scruton 1980; Scruton 2017).
  Lo progresista en el cambio.

> Muchas veces personas con posiciones de izquierda son conservadores en los temas identitarios de los que hablamos.
> Esto obliga a no identificar automáticamente progresismo cultural, con izquierda (económica) y liberalismo con derecha como si fueran bloques idénticos. En el texto que sigue avanzamos sobre esto.

> Así que podemos ver cuánto avanzó el socialismo en una sociedad en función de la importancia de los impuestos, y del comunismo en función de los medios de producción estatales.
>
> Tanto las medidas que impulsan los socialistas como los comunistas, cambian la proporción de riqueza disponible para las personas en función de su trabajo versus la disponible en función de su renta, la que se origina en su capital. Tanto los impuestos como los medios de producción estatales cambian esta proporción. Sin embargo, la proporción de medios de producción estatales cambia estructuralmente las relaciones de poder internas de una sociedad. Aumenta el poder del voto de los ciudadanos versus el poder de voto de los accionistas en la economía.

La cuestión central en el debate político es la lucha para terminar o sostener la explotación de unos sobre otros.

3. Antecedentes

Dos perspectivas que han producido lenguajes diferentes, aunque en numerosos casos reutilizan las mismas palabras. "Autista", "TDAH" o "disléxico" pueden funcionar como nombres de categorías clínicas y también como nombres de neurotipos o identidades. La coincidencia de la palabra no implica que el procedimiento que determina la pertenencia sea el mismo.

3.1. Enfoque social o sociopolítico de la neurodiversidad

El modelo social o sociopolítico de la neurodivergencia, vinculado en distintas formas con el constructivismo social, parte de una idea diferente. Las dificultades no se explicarían solamente por características internas de una persona, sino también por la relación entre esa persona y una sociedad, una escuela, un trabajo o un ambiente construidos para la mayoría. Aparecen entonces conceptos como neurotipo, identidad, neurominoría, acomodación, opresión de una sociedad neurotípica y justicia social psicológica.

3.1.1. Fundamentos

El enfoque social o sociopolítico de la neurodiversidad parte de la idea de que muchas diferencias humanas no deben entenderse necesariamente como defectos que deban corregirse.

Una diferencia respecto de la mayoría puede ser considerada una forma diferente de funcionamiento, un neurotipo, una condición, un rasgo de personalidad o incluso una cuestión central para la identidad.

Desde esta perspectiva, una parte del problema puede estar no en la persona sino en un ambiente que exige un único modo de atención, comunicación, regulación sensorial, aprendizaje o interacción social.

De allí la importancia de la acomodación y del ajuste del ambiente.

Se habla de un enfoque neuroafirmativo cuando se reconoce la neurodivergencia como una diferencia válida y no como un defecto que necesariamente deba corregirse.

También se habla de justicia social psicológica, para representar el esfuerzo destinado a eliminar de las sociedades aquello que cause daño a los neurodivergentes. En formulaciones más fuertes se habla incluso de la opresión ejercida por una sociedad neurotípica.

En sentido contrario, otros plantean un cierto supremacismo cognitivo en algunos neurodivergentes, particularmente cuando una diferencia deja de ser presentada solamente como diferencia y comienza a presentarse como una forma superior de funcionamiento.

Todas estas ideas pertenecen al universo conceptual del enfoque social o sociopolítico y no son equivalentes a categorías diagnósticas.

3.1.2. Microdiccionario

Acomodación o ajuste del ambiente: modificación del entorno (la escuela, el trabajo, el hogar) para que la persona pueda funcionar mejor, en lugar de exigirle que se adapte a un ambiente que le resulta hostil.

Autorregulación: capacidad de gestionar el propio estado de activación, de atención y de emociones.

Camuflaje: véase enmascaramiento.

Desregulación: pérdida transitoria de la autorregulación, por ejemplo ante una sobrecarga sensorial o emocional.

Diferencias de procesamiento: formas atípicas de procesar información sensorial, lingüística, social o motora, respecto de la mayoría de las personas.

Doble empatía: idea de que la dificultad de comprensión entre personas autistas y no autistas es mutua: no se trata solo de un déficit del autista para entender a los demás, sino de un desencuentro entre dos modos distintos de comunicarse (Milton 2012).

Enmascaramiento (*masking*) o camuflaje: ocultamiento, consciente o no, de los rasgos neurodivergentes para parecer neurotípico; suele tener un costo alto en energía y en salud mental (Hull et al. 2017).

Función y disfunción ejecutiva: la función ejecutiva es el conjunto de procesos que permiten planificar, organizar, inhibir impulsos, cambiar de tarea y sostener la memoria de trabajo; se habla de disfunción ejecutiva cuando esos procesos fallan o cuestan mucho más de lo habitual.

Hiperfoco: concentración intensa y prolongada en una actividad de interés, con exclusión casi total del resto de los estímulos.

Intereses especiales: intereses intensos, profundos y duraderos por temas particulares, frecuentes en personas autistas y a menudo fuente de conocimiento y de placer.

Neuroafirmativo: enfoque que reconoce la neurodivergencia como una diferencia válida y no como un defecto a corregir; se aplica a terapias, escuelas o discursos que parten de ese respeto.

Neuroatípico o neurodivergente: persona cuyo funcionamiento neurológico se aparta de lo considerado típico (Walker 2014; Walker 2021; Thomas 2024).

Neurominoría: grupo minoritario de personas que comparten un mismo tipo de funcionamiento neurodivergente, por analogía con otras minorías sociales.

Neurotípico o neuroconvergente: persona cuyo funcionamiento neurológico coincide con lo considerado típico o mayoritario; la expresión fue acuñada por Autism Network International (Autism Network International 1992).

Neurotipo: tipo de funcionamiento neurológico de una persona o de un grupo; puede ser típico o divergente.

Perfil sensorial: patrón individual de sensibilidades a los estímulos (hipersensibilidad o hiposensibilidad a sonidos, luces, texturas, etc.).

Persona altamente sensible (PAS): No es un diagnóstico del DSM o la CIE. Se relaciona con el concepto psicológico de sensibilidad al procesamiento sensorial (E. N. Aron y A. Aron 1997). Existen cuestionarios para medir ese rasgo, pero una puntuación alta no equivale a un diagnóstico médico.

Sobrecarga sensorial: estado de saturación que aparece cuando los estímulos superan la capacidad de procesamiento; puede derivar en malestar intenso, bloqueo o desregulación.

Stimming o autoestimulación: movimientos, sonidos o acciones repetitivas (balancearse, mover las manos, tararear) que sirven para autorregularse sensorial o emocionalmente (Kapp, Steward et al. 2019).

Uso de los mismos nombres de los diagnósticos clínicos: estos nombres pueden ser reinterpretados y utilizados con definiciones diferentes dentro del lenguaje de los neurotipos. Se vuelve sobre este problema más adelante.

En algunas corrientes, las altas capacidades intelectuales y la alta sensibilidad, pueden tomarse como parte de la neurodivergencia. Aunque no sean "negativas", ni enfermedades ni diagnósticos. Esto muestra que "neurodivergencia" es una categoría conceptual y social más amplia que las categorías clínicas (Singer 1999; Walker 2021).

Una persona puede ser considerada neurodivergente en ese sentido sin tener ningún trastorno diagnosticable.

3.1.3. Autopercepción, identidad y efecto Forer–Barnum

Estos conceptos no son categorías diagnosticables.

Muchas veces se autoperciben y son parte de un relato. Muchos los consideran condiciones o rasgos de la personalidad y, fundamentalmente, cuestiones centrales para la identidad: identidades permanentes y protegidas moral y jurídicamente.

Esto plantea un problema epistemológico que no puede resolverse simplemente afirmando o negando esas identidades.

Conviene recordar aquí el efecto Forer–Barnum: la tendencia a aceptar como propias y precisas descripciones vagas de personalidad que podrían aplicar a casi cualquier persona (Forer 1949; Meehl 1956; Dickson y Kelly 1985).

Una parte de la circulación social de estas etiquetas funciona por ese mecanismo de validación personal más que por una validación personal de otro origen.

Esta afirmación debe entenderse aquí como una hipótesis y un problema metodológico: la existencia del efecto Forer–Barnum no demuestra por sí sola que una autoidentificación sea falsa ni que la adopción de categorías de neurodivergencia se explique efectivamente por ese mecanismo.

Esto no demuestra que una autoidentificación sea falsa, pero obliga a preguntar hasta qué punto las descripciones utilizadas permiten discriminar realmente entre grupos de personas.

El escenario más preciso es otro: cuando una categoría carece de criterios operativos claros, ¿puede adoptarse mediante autoidentificación?

Si una persona se reconoce en una descripción suficientemente amplia, ese reconocimiento no constituye por sí mismo una medición independiente de la existencia de un tipo humano diferenciado.

La pregunta conceptual es entonces inevitable:

> ¿Qué clase de categoría es un neurotipo y mediante qué procedimiento se determina que una persona pertenece a él?

Este es uno de los problemas epistemológicos centrales del enfoque.

3.1.4. Aspectos de la historia del movimiento de neurodiversidad

El movimiento por la neurodiversidad tiene una historia reciente.

- (ANI) Autism Network International, fundada en 1992 por Jim Sinclair, Kathy Grant y Donna Williams, fue la primera organización dirigida por y para personas autistas, y en su boletín apareció el texto fundacional de Sinclair contra el modelo de tragedia del autismo (Autism Network International 1992; Sinclair 2010; Sinclair 1993).

- (Singer) Una figura central en la formulación del concepto de neurodiversidad fue Judy Singer (Singer 1999). A fines de la década de 1990, y particularmente en su trabajo publicado en 1999, Singer propuso pensar las diferencias neurológicas dentro de un marco de diversidad humana y de movimiento social. Su aporte fue decisivo para trasladar la discusión desde una visión exclusivamente médica o patológica hacia una interpretación en la que determinadas diferencias cognitivas y neurológicas podían constituir también formas de identidad y bases para una acción política colectiva.

- (Asasumasu) Poco después, Kassiane Asasumasu (Walker 2014; Walker 2021; Thomas 2024) acuñó, alrededor del año 2000, y con aproximadamente dieciocho años, los términos “neurodivergent” y “neurodivergence”. Su uso amplió el alcance del vocabulario del movimiento:

"neurodivergente" no designaba únicamente a personas autistas ni a quienes poseían un diagnóstico clínico específico, sino, de manera mucho más amplia, a quienes se apartaban de las normas neurocognitivas consideradas dominantes.

- (ASAN) En 2006 se fundó la Autistic Self Advocacy Network, con el lema "nada sobre nosotres sin nosotres", que obtuvo su primera victoria pública con la campaña contra los afiches "Ransom Notes" (Autistic Self Advocacy Network 2006; Kras 2010).

- (ND Alliance) Desde el campo de las diferencias de aprendizaje, la Neurodiversity Alliance organiza clubes estudiantiles de neurodiversidad en escuelas y universidades estadounidenses (The Neurodiversity Alliance 1998).

- (Walker) Las definiciones de los términos básicos del paradigma fueron sistematizadas por Walker (Walker 2014; Walker 2021).

Singer y Asasumasu representan dos momentos complementarios en la formación del lenguaje contemporáneo de la neurodiversidad: la primera en la elaboración del concepto general de diversidad neurológica y la segunda en la definición del individuo como "neurodivergente".

La importancia de esta historia no consiste solamente en agregar antecedentes.

Muestra que categorías que hoy pueden presentarse como naturales también poseen una historia concreta de organización, reinterpretación y transformación en identidades y reivindicaciones políticas.

3.2. Enfoque médico, clínico y psicométrico

El llamado modelo médico trabaja principalmente con diagnósticos, signos, síntomas, deterioro funcional, criterios clínicos, psicometría y evaluación profesional. Su forma típica de intervención se dirige principalmente a la persona: diagnóstico, tratamiento, medicación, terapia, rehabilitación, entrenamiento o prótesis.

3.2.1. Fundamentos

El enfoque médico, clínico y psicométrico intenta definir categorías mediante procedimientos formalizados de observación, diagnóstico o medición.

No todo lo que aparece dentro de este enfoque es una enfermedad ni todo lo que puede medirse es un diagnóstico.

Conviene distinguir al menos entre diagnósticos clínicos y características evaluables psicométricamente.

Un diagnóstico clínico intenta establecer si una persona satisface criterios operativos definidos.

Una evaluación psicométrica intenta medir determinadas capacidades, aptitudes o rasgos mediante instrumentos estandarizados.

Ambos se distinguen del primer microdiccionario porque pretenden que la clasificación no dependa solamente de la autoidentificación de la persona.

Esta pretensión de formalización no vuelve a esos procedimientos equivalentes a una medición física ni los vuelve infalibles.

3.2.2. Microdiccionario clínico y psicométrico

Como categorías clínicas diagnosticables aparecen, por ejemplo, los trastornos del neurodesarrollo (World Health Organization 2019; American Psychiatric Association 2022):

Trastorno del espectro autista (TEA): CIE-11: 6A02.

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): CIE-11: 6A05.

Trastornos específicos del aprendizaje: dislexia (lectura), discalculia (matemática), disgrafía (escritura). CIE-11: 6A03.

Trastornos del desarrollo intelectual: discapacidad intelectual. CIE-11: 6A00.

Trastornos del desarrollo del lenguaje y la comunicación: incluye el trastorno pragmático o social de la comunicación. CIE-11: 6A01.

Trastorno del desarrollo de la coordinación (dispraxia): CIE-11: 6A04.

Trastornos de tics: incluido el síndrome de Tourette. El DSM-5 los ubica dentro del neurodesarrollo; la CIE-11 los clasifica en el capítulo de enfermedades del sistema nervioso.

Trastorno de movimientos estereotipados: CIE-11: 6A06.

Síndrome de Down: condición de fundamento genético claro. Muchas veces no se incluye en las tipologías de neurodivergencia.

Dentro del mismo universo general de evaluación formal, pero sin constituir necesariamente diagnósticos psiquiátricos, aparecen también:

Altas capacidades intelectuales (ACI): Esas capacidades no constituyen necesariamente un trastorno. Pueden evaluarse mediante pruebas psicométricas estandarizadas de inteligencia, razonamiento, aptitudes, etc. Esas pruebas no constituyen un diagnóstico psiquiátrico en el DSM-5-TR o la CIE-11 (American Psychiatric Association 2022; World Health Organization 2019).

Superdotación intelectual: término tradicional para ciertos perfiles de altas capacidades. A veces se usa un CI igual o superior a 130 como criterio orientativo, pero no existe un criterio clínico universal que convierta automáticamente ese resultado en un diagnóstico.

Alexitimia masculina normativa: No tener palabras para describir los sentimientos. Especialmente en hombres a los que las normas sociales les reprimen el mostrarlos (Levant et al. 2006).

El caso de las altas capacidades resulta útil porque muestra que "medible" y "enfermedad" no son sinónimos.

Tampoco lo son "evaluación formal" y "diagnóstico psiquiátrico".

3.2.3. Diagnóstico, medición, objetividad, psicometría y umbrales

Las categorías clínicas son diagnosticables porque tienen criterios clínicos operativos –duración, inicio en el desarrollo, deterioro funcional y otros– que un profesional puede evaluar formalmente.

Un diagnóstico de TEA o TDAH no funciona como medir glucemia.

Hay criterios operacionalizados, entrevistas, escalas, observación clínica, información contextual, diagnóstico diferencial, instrumentos, interpretación y error.

Por tanto,

$$\text{diagnóstico clínico formal} \neq \text{medición objetiva de una magnitud física.}$$

La diferencia relevante no es que un diagnóstico sea perfectamente objetivo y una identidad completamente subjetiva.

La diferencia está en que el diagnóstico pretende disponer de un procedimiento formalizado para determinar la pertenencia a una categoría.

"Ser diagnosticable" no significa "ser enfermedad"; es exactamente uno de los puntos que se discuten más adelante.

También deben distinguirse las mediciones psicométricas.

Una puntuación de CI, por ejemplo, es el resultado de un instrumento y de una construcción psicométrica. Puede discutirse su validez, su error, su

interpretación y el umbral empleado sin que por ello deje de ser una medición formalizada.

Los umbrales plantean además un problema general.

Una variable puede ser continua y, sin embargo, una decisión institucional puede necesitar una frontera convencional.

El hecho de que esa frontera sea convencional no demuestra que la variable sea inexistente.

Pero tampoco permite transformar automáticamente el umbral en una división natural entre dos tipos de seres humanos.

3.2.4. Historia de la construcción clínica del espectro autista

La categoría de espectro autista tiene su propia historia.

El pensamiento dimensional del autismo nace del estudio epidemiológico (Wing y J. Gould 1979), y la propia Wing introdujo el "síndrome de Asperger" en la literatura en inglés (Wing 1981).

El DSM-5 de 2013 fusionó el autismo, el síndrome de Asperger, el PDD-NOS y el trastorno desintegrativo infantil en un único trastorno del espectro autista (American Psychiatric Association 2013; Volkmar y Reichow 2013).

La fusión tuvo defensores dentro del propio movimiento autista (Kapp y Ne'eman 2019), pero también críticas científicas que sostienen que la categoría resultante es demasiado heterogénea (Waterhouse y Gillberg 2014).

La misma Wing, más de veinte años después, reflexionó sobre las consecuencias imprevistas de haber "abierto la caja de Pandora" (Wing 2005).

Esta historia permite distinguir una realidad empírica de la clasificación utilizada para describirla.

Que una categoría haya sido construida, ampliada, fusionada o reinterpretada históricamente no demuestra que las dificultades agrupadas bajo ella sean ficticias.

La realidad puede existir antes de la categoría.

Pero la frontera de la categoría posee una historia.

3.2.5. Antecedentes históricos de clasificación científica: Lombroso, Morton, Le Bon, eugenesia, Asperger

Es evidente que, en estos temas, la ciencia ha fallado en muchos aspectos; la siguiente lista no requiere más discusión al respecto.

Sin embargo, mucho se avanzó y debe seguirse avanzando. La historia ofrece una cadena instructiva de esa supuesta ciencia.

El Bethlem Royal Hospital de Londres, conocido popularmente como Bedlam, hospital psiquiátrico fundado en 1247. Durante los siglos XVII y XVIII

permitía el ingreso de visitantes para observar a los internados como espectáculo; generalmente se menciona una entrada de un penique, aunque también podían admitirse visitantes mediante donaciones. La práctica fue restringida en 1770 (Andrews et al. 1997).

De su nombre, Bedlam, surgió en inglés la palabra que significa caos, alboroto o lugar de locura.

Lombroso sostuvo que el criminal podía reconocerse por sus rasgos físicos (Lombroso 1876; Lombroso y Ferrero 1893; Gibson 2002), hipótesis refutada estadísticamente ya en 1913 (Goring 1913).

Morton ordenó las razas midiendo cráneos (Morton 1839); Gould lo denunció como caso ejemplar de sesgo ideológico (S. J. Gould 1981), y luego fue a su vez acusado de distorsionar los datos (Lewis et al. 2011).

Le Bon jerarquizó pueblos, razas y sexos en nombre de la psicología (Le Bon 1894; Le Bon 1895).

En 1927, la Corte Suprema de Estados Unidos validó la esterilización forzada de los considerados "débiles mentales" hereditarios (Corte Suprema de los Estados Unidos 1927; Lombardo 2008; Cohen 2016).

Y el propio Asperger, cuyo nombre llevó durante décadas una categoría diagnóstica, colaboró con el programa nazi de higiene racial, que incluyó la derivación de niños a la clínica de Am Spiegelgrund (Czech 2018; Sheffer 2018), aunque su grado de complicidad sigue debatiéndose (Falk 2020).

Un artículo de Wakefield y colaboradores describía doce niños con trastornos intestinales y alteraciones del desarrollo, e informaba que los padres de ocho de ellos habían situado el comienzo de los síntomas después de recibir la vacuna triple viral contra el sarampión, las paperas y la rubéola; aunque no demostraba una relación causal, sugirió la existencia de una posible asociación (A. J. Wakefield et al. 1998). *The Lancet* lo retractó completamente en 2010 porque se comprobó que varios elementos del trabajo eran falsos, que los pacientes no habían sido seleccionados consecutivamente como se afirmaba, que existían graves irregularidades éticas y que Wakefield no había declarado conflictos de intereses relacionados con litigios contra fabricantes de vacunas.

Nada de esto demuestra que una afirmación sea falsa porque coincida con las preferencias políticas de quien la sostiene.

Sí demuestra que invocar "la ciencia" no inmuniza a nadie contra el sesgo y no elimina la obligación de demostrar las afirmaciones.

La ciencia no deja de ser ciencia porque haya adoptado tesis falsas o no éticas, ni haya sido utilizada políticamente.

Tampoco una afirmación se vuelve científica porque alguien la anuncie como tal.

3.3. Problemas de frontera

3.3.1. Síndrome de Down

Cabe mencionar particularmente la cuestión del síndrome de Down, que no muchos incorporan en el concepto de neurodivergencia, si bien por su definición parecería corresponder.

Hay varias razones posibles para esto.

Muchos ven a la neurodivergencia como una variedad de la personalidad que no afecta profundamente las capacidades cognitivas intelectuales, como sí lo hace el síndrome de Down en muchos casos.

Y, por otro lado, este síndrome tiene fundamentos genéticos y biológicos claros, apartándose del resto de circunstancias que suelen ocupar el centro del relato de la neurodivergencia.

Pero justamente por eso el síndrome de Down es un caso de prueba conceptual.

Si "neurodivergente" significa literalmente tener un funcionamiento neurológico significativamente diferente del mayoritario, si no depende de ser una enfermedad, ni de poseer un diagnóstico psiquiátrico, ni necesariamente de sufrir una discapacidad, parecería difícil explicar por qué determinadas condiciones se incluyen sistemáticamente y otras no, entonces aparece la pregunta: ¿cuál es el criterio de inclusión?

Y luego pensar en el autismo, TDAH, dislexia, altas capacidades, alta sensibilidad, síndrome de Down, etc.

3.3.2. Mismos nombres, otras ideas

La comparación entre autismo, TDAH, dislexia, altas capacidades, alta sensibilidad y síndrome de Down muestra que "neurodivergencia" no funciona simplemente como una clasificación neurológica. Es también una categoría histórica, cultural y política.

La coincidencia de nombres no autoriza a trasladar sin más la autoridad epistemológica de una categoría clínica a una categoría identitaria.

Tampoco autoriza el movimiento contrario: el significado político o identitario de una palabra no modifica automáticamente el significado del diagnóstico clínico.

En general se agrupa mucha más gente bajo etiquetas neurodivergentes que cuando se sigue la definición clínica.

Existe una ambigüedad fundamental entre categorías clínicas y categorías identitarias/sociales.

La pregunta "¿qué clase de categoría es un neurotipo y mediante qué procedimiento se determina que una persona pertenece a él?" no es, por

tanto, una discusión terminológica secundaria.

Es una pregunta acerca de cómo se construye el objeto del que se está hablando.

3.3.3. Escalas continuas vs. SI/NO

Muchos hablan de escalas y no de sí o no.

Pasar de categorías discretas a variables continuas no resuelve automáticamente el problema clasificatorio.

Tampoco implica que pueda representarse mediante una única variable.

Que una característica sea dimensional no implica que tenga distribución normal.

Para hablar de una distancia respecto de la media es necesario definir primero qué variable se mide, demostrar que la medición es válida y determinar empíricamente su distribución.

Y allí aparece el concepto de sigma (σ) o desviación estándar: a cuántos sigmas de la media se ubica cada persona.

Si se trata de una curva normal, la cantidad de σ se vincula con la probabilidad del fenómeno que se quiere identificar.

No existe una magnitud general denominada "neurodivergencia" cuya distancia respecto de la media pueda expresarse simplemente en desviaciones estándar.

3.3.4. Trastornos mentales y neurodivergencia, tabla

Tomemos entonces la pregunta de fondo: **¿cuáles de los llamados trastornos mentales pueden considerarse neurodivergencias?**

El problema es que *neurodivergencia* no tiene una frontera médica oficial. Si adoptamos una definición amplia –funcionamiento mental persistente que se aparta significativamente de la distribución típica–, el panorama podría ordenarse aproximadamente así:

Cuadro 2: Condición y neurodivergencia

Condición	**¿Neurodivergencia?**	**Observación**
Autismo	Sí, casi siempre incluido	Forma parte del núcleo histórico del concepto de neurodivergencia (Chapman 2019; Dwyer 2022; Syharat et al. 2023; Miranda-Ojeda et al. 2025).
TDAH	Sí, habitualmente	Patrón del neurodesarrollo incluido habitualmente dentro de la neurodivergencia (Chapman 2019; Dwyer 2022; Syharat et al. 2023; Miranda-Ojeda et al. 2025).
Dislexia / discalculia	Sí	Diferencias específicas del aprendizaje incluidas habitualmente (Chapman 2019; Dwyer 2022; Syharat et al. 2023).
Tourette	Frecuentemente	Incluido en numerosas definiciones amplias de neurodivergencia (Chapman 2019; Dwyer 2022; Syharat et al. 2023).
Discapacidad intelectual	Puede incluirse	Depende de la definición empleada; existen enfoques explícitos de neurodiversidad aplicados a la discapacidad intelectual (Banihani y Msall 2026).
Esquizofrenia	Discutido	Las definiciones más amplias de neurodiversidad la incluyen (Chapman 2019; Dwyer 2022; Syharat et al. 2023; Miranda-Ojeda et al. 2025).
Trastorno bipolar	Discutido	Incluido por algunas concepciones amplias de neurodiversidad (Chapman 2019; Dwyer 2022; Syharat et al. 2023; Miranda-Ojeda et al. 2025).
TOC	Discutido	Algunas concepciones y comunidades lo incluyen (Chapman 2019; Dwyer 2022; Syharat et al. 2023).

Cuadro 2: Condición y neurodivergencia

Condición	**¿Neurodivergencia?**	**Observación**
Trastornos de personalidad	Muy discutido	No suelen constituir el núcleo histórico del concepto y existen problemas de superposición y diagnóstico diferencial con condiciones neurodivergentes (Lai 2022; Chapman 2019; Dwyer 2022; Syharat et al. 2023).
Psicopatía	Muy discutido	No constituye un diagnóstico independiente en el DSM; es un constructo relacionado pero no equivalente al trastorno antisocial de la personalidad (Werner, Few y Bucholz 2015).
Depresión	Discutido	Queda fuera de las definiciones restringidas al neurodesarrollo, pero algunas definiciones amplias de neurodiversidad la incluyen (Chapman 2019; Dwyer 2022; Syharat et al. 2023; Miranda-Ojeda et al. 2025).
Ansiedad	Discutido	Algunas definiciones amplias incluyen los trastornos de ansiedad dentro de la neurodivergencia (Chapman 2019; Dwyer 2022; Syharat et al. 2023).
TEPT	Discutido	No pertenece al núcleo neurodesarrollista del concepto; algunas clasificaciones lo consideran una forma de neurodivergencia adquirida (College of Policing 2021; World Health Organization 2024).
Psicosis	No necesariamente	Es un estado o síndrome que puede aparecer en diferentes trastornos; no constituye por sí sola una condición diagnóstica única (World Health Organization 2024).

Y esto muestra una dificultad conceptual importante: si definimos **neuro-**

divergencia simplemente como funcionamiento cerebral diferente, entonces prácticamente **cualquier trastorno mental persistente podría terminar siendo neurodivergencia**. Incluso habría que preguntarse por qué excluir depresión crónica, esquizofrenia o determinados trastornos de personalidad.

Por eso, para que *neurodivergencia* constituya una categoría distinta de *trastorno mental*, hay que agregar algún criterio adicional. Y precisamente **no existe un criterio clínico universalmente aceptado que trace esa frontera**. Esa es una de las debilidades conceptuales del término cuando se intenta utilizar como si fuera una categoría médica (Chapman 2019; Dwyer 2022). Syharat et al. (2023) distinguen explícitamente definiciones restringidas –autismo, TDAH, dislexia y otras diferencias del aprendizaje– de definiciones amplias que incorporan ansiedad, depresión, esquizofrenia, Tourette y TOC; además registra participantes que consideraban bipolaridad y otras condiciones de salud mental como neurodivergencias. El trabajo (Miranda-Ojeda et al. 2025) también incluye explícitamente autismo, TDAH, dislexia, bipolaridad, esquizofrenia y depresión dentro de un marco amplio de neurodiversidad.

4. Encuadre político

4.1. Progresismo y "wokismo"

Este encuadre no es un agregado circunstancial al problema de la neurodiversidad. El debate estudiado ocurre actualmente dentro de una disputa política más amplia que organiza el lenguaje, las identidades, las alianzas y los antagonismos en medios y redes. Por eso categorías como fascismo, progresismo, "woke" y "anti-woke" forman parte del objeto de análisis: omitirlas impediría describir el debate político y electoral realmente existente (Cammaerts 2022; Samaras 2025; Griffin 2003).

Muchas discusiones etiquetan no solo a los actores sino a las posiciones, y estos temas no son la excepción. El nuevo fascismo, autopercibido libertario desde los últimos años (Langer, Nadal y Mitchelstein 2026; Hoppe 2001; Rothbard 1992; Maher 2024; Slobodian 2019; Slobodian 2025), usa"wokismo" como término peyorativo, para el conjunto de las demandas de justicia social (**cammaerts2022**). Es mejor usar la terminología histórica: "progresismo".

La palabra *woke* viene de *awake*, "despierto"; es un término del inglés vernáculo afroamericano, registrado desde 1938 en el contexto de la lucha contra el racismo en EEUU, y se masificó con Black Lives Matter (Romano

2020).

Buena parte de los cuestionamientos a las posiciones ligadas a la neurodiversidad provienen de la derecha, desde posiciones liberales hasta abiertamente fascistas, y se formulan en nombre de "la ciencia" (**cammaerts2022**). Sin embargo, con frecuencia el argumento científico cede pronto el lugar a concepciones políticas individualistas o religiosas.

El debate sobre neurodiversidad, o identitario en general, no ocurre en un vacío institucional. En las redes sociales, los medios de comunicación y las plataformas digitales, estos temas se articulan con pautas culturales más amplias que definen alianzas electorales, distribuciones de poder y límites de lo decible. Ignorar ese encuadre político sería analizar el movimiento como si fuera un mero intercambio académico, cuando en realidad funciona como territorio disputado por fuerzas políticas concretas. Por eso resulta inevitable examinar, aunque sea brevemente, el contexto político general en el que se insertan estas discusiones.

4.2. Política identitaria y capitalismo

Hoy, la derecha, especialmente en EEUU, auspicia estas luchas por la identidad como forma de invisibilizar las luchas por terminar el capitalismo. Lo que no implica que esas luchas sean contrarias al interés de los que luchan. Ni que no deban ser apoyadas.

Así tenemos mucha gente concentrada en estas cuestiones e ignorando las otras.

Klein documentó el mecanismo desde adentro del movimiento antiglobalización: la política identitaria de los años noventa fue absorbida por las corporaciones como marketing de diversidad, mientras la crítica económica quedaba fuera de la agenda (Klein 1999).

Esto no significa que las luchas identitarias sean meras distracciones o que deban subordinarse a la lucha económica. Significa que la derecha tiene interés en que el debate público se concentre en ellas y no en la distribución de la propiedad.

Y también se puede decir, como nos muestra la consideración de la experiencia soviética, que atacar los problemas de explotación permite avanzar significativamente en los problemas del tipo identitario, también que no los resuelve automáticamente y que sigue siendo necesario militar por las identidades aún en sociedades sin explotación por diseño.

Probablemente la mejor estrategía para avanzar en cuestiones identitarias sea atacar la explotación humana en forma directa y explícita, mientras también se cuestionan los problemas identitarios.

Esta es una afirmación que necesita ser entendida como una tesis sobre la política, no como una consecuencia de las categorías de neurodiversidad mismas.

La lucha por una identidad puede defender derechos reales y, simultáneamente, desplazar otras contradicciones políticas.

Una cosa no elimina necesariamente la otra.

Lo identitario, como en muchos casos, enmascara y debilita la lucha política contra la explotación económica y otros excesos. Es un clásico de ciertos progresismos autopercibidos como izquierda.

4.3. Antecedente soviético

También debe decirse que en el primer estado socialista del planeta, la URSS, las cuestiones de derechos de la mujer fueron abordadas ampliamente: aborto en la salud pública, divorcio, etc., fueron impuestas por los soviets desde el primer momento.

Claro, eso no siempre eliminó el machismo en esas sociedades (Goldman 1993).

La modificación jurídica y política puede cambiar derechos concretos sin eliminar automáticamente las relaciones sociales y culturales existentes.

4.4. Paradoja de clasificar para combatir la clasificación

De hecho, uno esperaría que el progresismo cuestione todo tipo de clasificación humana que segmente derechos o visiones.

De lo contrario, no serían posibles las acciones positivas.

Para combatir una discriminación puede ser necesario identificar al grupo discriminado.

La clasificación que puede servir para discriminar puede ser también necesaria para combatir una discriminación.

Allí aparece una paradoja política: para combatir los efectos de una clasificación puede ser necesario institucionalizar esa misma clasificación.

El problema se vuelve todavía mayor cuando una clasificación que comenzó como instrumento político se transforma en una esencia permanente de la identidad.

Fraser llama a esto la diferencia entre remedios afirmativos y transformativos: los primeros corrigen la desigualdad reforzando la existencia del grupo clasificado; los segundos, disolviendo la distinción que la produce (Fraser 1995). Las políticas de identidad son casi siempre afirmativas, y por eso institucionalizan la clasificación que combaten.

Esta paradoja no autoriza, sin embargo, a las instituciones médicas a presentar sus clasificaciones como si fueran meros hechos científicos, ni a exigir a los movimientos sociales que renuncien a criticarlas. La crítica a una clasificación es distinta de la disputa política que asume que el nombre prescribe la intervención

4.5. Ideología, intereses e identidad

Muchas personas conservadoras adoptan falsas nomenclaturas para desprestigiar las ideas de la neurodiversidad. Ellos, ellas y elles dicen que estas ideas políticas son ideologías.

Es errado llamar ideología a una posición política que defiende tus derechos, como sucede en muchos casos.

O incluso a algo que ni siquiera puede tomarse como posición política, sino simplemente una constatación de la realidad.

Es decir, el solo hecho de sentir preferencias sexuales por hombres teniendo órganos sexuales masculinos no implica una posición política, aunque puede terminar generándola dada la oposición que a veces produce ese hecho.

Algo semejante puede ocurrir con las características atribuidas a la neurodivergencia.

Una característica puede existir antes de convertirse en bandera política.

La política aparece cuando se discute qué derechos, obligaciones o consecuencias colectivas deben derivarse de esa característica.

5. Discusión y fundamentación de las tesis

5.1. Resumen de tesis

1. Existe una situación real.
2. Es posible intervenir para mejorar.
3. La eficacia de una intervención no depende de la designación.
4. El conocimiento disponible es incompleto, ningún enfoque delimita.
5. Esa insuficiencia refuerza las clasificaciones identitarias.
6. Los enfoques no siempre coinciden con las clases de intervenciones.
7. Es necesario debatir política y económicamente sobre las intervenciones: cuáles se hacen y quién las paga.

8. Debe garantizarse la dignidad de las personas involucradas.

5.2. Tesis: existen dificultades y sufrimientos reales

Algunas personas experimentan dificultades persistentes o sufrimiento relacionados con la atención, la comunicación, la interacción social, el aprendizaje o la adaptación a determinadas condiciones del ambiente. La constatación de estas dificultades y de este sufrimiento no depende de la categoría clínica, social o identitaria empleada para describir la situación.

5.3. Tesis: algunas intervenciones pueden mejorar esas situaciones

Existen intervenciones capaces de reducir algunas de esas dificultades o de mejorar la situación de las personas afectadas.

5.4. Tesis: la eficacia de una intervención puede evaluarse con independencia de la designación

La posibilidad de obtener una mejora puede evaluarse independientemente del tipo de designación usado.

Sí depende, en cambio, de un criterio operativo de pertenencia; no importa el nombre, pero una buena clasificación sí.

La existencia de la dificultad es una cuestión. El nombre que le damos a la dificultad es otra.

Asignar un nombre o clasificar el problema puede ser importante para investigar, diagnosticar, organizar servicios, construir identidades o reclamar derechos.

Pero no hace desaparecer, ni aparecer por sí misma las dificultades que intenta describir. Ni mucho menos, hasta ahora, prescribe o indica intervenciones únicas.

5.5. Tesis: el conocimiento es incompleto y ninguno de los dos enfoques ofrece criterios estables de delimitación

Los dos enfoques preponderantes clasifican con criterios distintos que asignan nombres similares a diferentes tipos de fenómenos:

médico, técnico, de enfermedad, de no normalidad: categorías clínicas diagnosticables y rasgos psicométricamente evaluables.

de la neurodiversidad, identitario: neurotipos e identidades, definidos por autopercepción y pertenencia social.

Ninguno cumple hoy con lo que él mismo se propone:

- El modelo médico se propone construir categorías con validez etiológica y fiabilidad diagnóstica. Sus propios referentes admiten que las categorías del DSM son constructos sin validadores biológicos (Hyman 2010; Insel y Cuthbert 2015), que la fiabilidad entre evaluadores de varios diagnósticos es baja (Regier et al. 2013), y que el autismo es un espectro heterogéneo sin marcador biológico ni tratamiento causal (Lord, Brugha, Charman et al. 2020). Falta ciencia, sea por categorías poco claras o por falta de curas.

- El paradigma de la neurodiversidad se propone como marco alternativo, no como taxonomía (Walker 2021). Pero para reclamar derechos, acomodaciones o servicios necesita decir *quién* pertenece, y ahí no ofrece criterios de inclusión ni de exclusión: la pertenencia por autopercepción identitaria no delimita, y el propio campo discute si incluye o no las condiciones con mayor discapacidad (Chapman 2019; Kapp, Gillespie-Lynch et al. 2013).

Es decir: hay ciencia (genética, neuroimagen, epidemiología, psicometrías), pero todavía no produce categorías con validez suficiente ni capacidad predictiva para eliminar definitivamente sufrimientos; y hay un marco identitario, pero todavía no produce criterios de pertenencia que sirvan para asignar recursos. Es un campo gris por las dos puntas.

Cuando este trabajo afirma que falta ciencia, no se refiere a una insuficiencia metodológica de los instrumentos de evaluación o diagnóstico actuales, ni sostiene que la investigación existente carezca de valor. Se refiere a que, al día de hoy, no se conocen los mecanismos causales profundos de condiciones como el autismo o el TDAH; no existen diagnósticos de certeza; no hay tratamientos que modifiquen la causa subyacente; y las intervenciones disponibles, cuando existen, son de eficacia parcial, sintomática o controvertida. La insuficiencia es de conocimiento etiológico e intervencional, no meramente de refinamiento psicométrico.

Esta incompletitud tiene una consecuencia práctica: como la clasificación no está resuelta, buena parte del debate se consume en ella (qué es, quién es, cómo se llama) y desplaza la pregunta que sí puede responderse con lo que hoy sabemos: qué intervenciones reducen qué dificultades, a qué costo y para quién (ver tesis 7).

Las búsquedas de ambos son importantes y valiosas, pero distan de haber llegado a un nivel de conocimiento e interpretación que acabe las discusiones.

Como veremos, el debate sobre taxonomía o clasificación recibe demasiada atención. Lo relevante es tener criterios para evaluar intervenciones sobre bases comunes.

Estamos aún ante ciencia no desarrollada, y tampoco se han clarificado las discusiones o diferencias para hablar de filosofías. Sí aparecen los intereses y por ende hay política, aunque poco clara. Es aún un campo gris.

Siempre faltará ciencia en el sentido trivial de que toda capacidad explicativa y predictiva puede mejorar. Aquí utilizamos la expresión "falta ciencia" en un sentido deliberadamente más exigente: fijamos un umbral mínimo alto para considerar científicamente resuelto un problema. Mientras no exista conocimiento suficiente para producir una solución permanente, diremos que falta ciencia, aunque exista ya conocimiento científico parcial, instrumentos útiles y capacidad predictiva limitada.

5.6. Tesis: el conocimiento incompleto refuerza las clasificaciones identitarias y las diferencias pseudofilosóficas y pseudopolíticas

Qué significa que falte ciencia. Falta ciencia cuando no existe cura permanente y no sólo cuando no hay clasificaciones claras. Ese es el estado ordinario de la medicina de las enfermedades crónicas: no hay cura para la diabetes, la hipertensión, la obesidad ni la artrosis; hay, a lo sumo, tratamientos crónicos, de por vida, con eficacia variable. En este sentido la neurodivergencia no es una excepción sino un caso más.

La incompletitud no alcanza. Si bastara con que no haya cura, habría identidades por todas las enfermedades crónicas: artrosis, acúfenos, degeneración macular. Para ninguna hay cura ni tratamiento eficaz, y ninguna generó una identidad que dispute su carácter de problema. La falta de ciencia abre la puerta; no obliga a cruzarla.

Las condiciones. Los casos conocidos muestran que la identidad aparece cuando concurren al menos dos condiciones:

1. **No hay intervención eficaz que los afectados acepten,** sea porque no existe, sea porque fracasa, sea porque es cara. No es lo mismo que falta de cura (véase el caso de la diabetes más abajo).

2. **Estigma/menoscabo de la dignidad:** la condición se lee como falla o defecto del individuo y el afectado es tratado como responsable.

   La artrosis y los acúfenos no lo tienen; la obesidad, la hipoacusia y el autismo sí.

Una tercera condición parece potenciar a las otras dos: que la condición genere comunidad, en particular una lengua o un modo propio de comunicación. La misma pérdida auditiva no produce identidad en la presbiacusia de los viejos y sí en quienes crecieron señando.

¿Cuál de estas condiciones pesa más? Es una cuestión empírica abierta. Cuando concurren, redefinir la dificultad como identidad es una respuesta racional: convierte en rasgo lo que de otro modo sería carencia sin remedio y culpa sin defensa (Elster 1983).

Los casos.

Artrosis, acúfenos: sin cura, sin tratamiento eficaz, sin estigma. No hay identidad. Muestran que la condición 1 sola no alcanza.

Diabetes: sin cura (quizás en China se ha comenzado a resolverla hace poco (Wang et al. 2024)), con tratamiento crónico eficaz y aceptado, sin estigma. Hay comunidad y militancia, pero *por* la insulina asequible. No hay identidad. Muestra que un tratamiento eficaz aceptado cierra la puerta aunque no haya cura.

Obesidad: sin tratamiento eficaz durante décadas, con estigma. Surgió una identidad.

Desde 2021 hay tratamientos eficaces aunque no curativos (Wilding, Batterham, Calanna et al. 2021), aceptados masivamente, incluso por parte de quienes militaban la aceptación (Baker 2024; Cameron 2026), y el movimiento parece haberse contraído. No hay todavía una medición del retroceso; el indicador disponible es indirecto: la caída del consumo de ultraprocesados atribuida a la semaglutida (Hristakeva, Liaukonytė y Feler 2026). Parte del movimiento, sin embargo, no se contrajo sino que se reorganizó contra el fármaco, como la comunidad sorda contra el implante. Si el retroceso se confirma, es el experimento natural más claro: al dejar de cumplirse la condición 1, la identidad retrocede aunque el estigma siga intacto.

Hipoacusia: con estigma, con comunidad lingüística; implante eficaz en niños implantados temprano (Niparko et al. 2010), poco eficaz en prelinguales implantados tarde. La comunidad no desapareció sino que se

organizó contra el implante (Lane 1992; Sparrow 2005), sostenida sobre todo por quienes la medicina no alcanza; su base se erosiona por abajo, donde el implante funciona.

Autismo: sin intervención eficaz aceptada, con estigma, con comunidad. Se cumplen las tres condiciones. Es donde la identidad tiene más espacio para crecer, como se observa.

El costo de la identidad. Que la identidad nazca como defensa frente al estigma y la pérdida de dignidad explica su origen y le da su parte de razón: culpar a una persona por una condición que las intervenciones disponibles no resuelven es falso y cruel. Pero la defensa tiene un límite, que es la tesis 1. Cuando la identidad pasa de "no es una falla moral" a "no es un problema", niega un daño real que la persona seguirá pagando.

Decirle a alguien que no intente bajar de peso porque ser obeso es bueno, es tan cruel como decirle que engorda por ser débil. El modelo médico comete el error simétrico: reconoce el daño pero moraliza el fracaso del tratamiento. Las dos posiciones confunden la dificultad con el juicio sobre quién la tiene.

El mismo corte vale para cualquier identidad: reclamar que no se discrimine al gordo defiende su interés y no es ideología; sostener que la obesidad no es un problema lo perjudica, si lo es, y beneficia a quien no quiere pagar por tratarla ni dejar de vender alimentos ultraprocesados. De hecho, la caída de esas ventas atribuida a la semaglutida (alrededor del 5 % en gasto de supermercado y 10 % en snacks salados) ya está documentada (Hristakeva, Liaukonytė y Feler 2026).

La sola visión de los comienzos de la "ciencia", con pensamientos como los de Lombroso o acciones como los asesinatos de los "defectuosos" nos dice de cuán abajo salimos y lo mucho que hemos avanzado, pero la incomprensión de los fundamentos de los problemas de base científica nos dice cuánto nos falta.

Lo que sigue. Reconocer el daño, reconocer que las intervenciones disponibles fallan o cuestan, y no cargar la cuenta moral al afectado, deja planteada la pregunta que ninguno de los dos enfoques responde: qué se hace con la dificultad y quién paga.

Pseudofilosofía y pseudopolítica. El enfrentamiento entre modelo médico y modelo sociopolítico mezcla indebidamente problemas científicos y políticos.

Como dijimos estos enfoques, que construyen el problema de manera distinta, no constituyen realmente filosofías ni políticas diferenciadas; se presentan como tales porque la ciencia es incompleta y ese vacío es ocupado por un debate político mal planteado junto a defensas de intereses reales.

Estos términos iniciados con pseudo, no califican a personas, movimientos ni tradiciones filosóficas o políticas. Califican una forma de construir el conflicto: cuestiones empíricas, clasificatorias y distributivas distintas aparecen ensambladas como si constituyeran dos filosofías o dos políticas necesariamente enfrentadas. La incompletitud científica favorece precisamente la producción y persistencia de esa oposición aparente.

5.7. Tesis: los enfoques no siempre se alinean con las clases de intervenciones

El debate se presenta como entre dos enfoques o modelos:

- médico o científico versus
- de la neurodiversidad o sociopolítico.

Pero las clasificaciones de las intervenciones que supuestamente se alinean con cada alternativa no siempre lo hacen.

Podemos ver dos clases de esas intervenciones con dos alternativas en cada una:

- objeto de intervención, que se alinea con
    - tratar a la persona o individualista.
      Señalada habitualmente como alineada con el modelo médico.
      Pretende apuntar a las acciones que se realizan sobre los individuos con problemas.
      Alineada con el individualismo político. Una de las divisiones importantes de la política en general.
    - Modificar el ambiente, es decir, el colectivo o la comunidad en la que está inmersa la persona, no necesariamente el medio ambiente físico.
      Señalada habitualmente como alineada con el modelo de la neurodivergencia.
      Quiere cambiar a la sociedad para mejorar la participación de los individuos con problemas.
      Alineada con corrientes políticas menos individualistas. La contracara de la visión política anterior.

No discutimos acá alineaciones entre espacios políticos y el eje individualista/comunitario, sino la alineación automática y general de clases enteras de intervenciones a esa dupla.

- y objetivo
  - normalización
    Señalada como alineada con el modelo médico.
  - aceptación. Señalada como alineada con el modelo neurodivergente.

Cada enfoque: el médico y el neurodivergente, ha propuesto acciones de mejoramiento de tipos específicos, que pueden resultar efectivas, por lo que es común identificarlas.

Ese lugar común identifica lo científico con lo individualista y normalizador, y lo neurodivergente con lo comunitario y de aceptación.

Enfoque o modelo	**Intervención**	
	Objeto	**Objetivo**
médico, científico	la persona o el individuo	normalización
neurodiversidad, sociopolítico	el ambiente o la comunidad	aceptación

Cuadro 3: El alineamiento del lugar común.

Hay que desmitificar este alineamiento. Esa identificación es falsa como regla general:

Cada intervención tiene beneficios y costos. Pueden coexistir y ser estudiadas independientemente del enfoque en que se originan.

- No toda solución de origen médico es un tratamiento individual. La medicina interviene sobre el entorno de manera habitual: la salud pública actúa sobre poblaciones, no sobre pacientes; las guías clínicas indican adaptaciones del entorno (iluminación, ruido, organización del aula); la terapia ocupacional trabaja en la escuela y no sólo en el consultorio; la salud mental comunitaria y, desde mediados del siglo XX, la comunidad terapéutica, usa al grupo como instrumento de tratamiento.

  E incluso las intervenciones más normalizadoras, como el análisis conductual aplicado (ABA), se instrumentan sobre todo en aulas, familias y programas comunitarios.

  ABA muestra que hasta lo normalizador actúa sobre el ambiente y es colectivo en su aplicación. Persona y ambiente no son objetos excluyentes.

Por otra parte, una intervención médica, individual o no, puede financiarse y organizarse colectivamente.

Lo médico actúa sobre el ambiente.

La tesis es apoyada por el objeto y por el objetivo.

- El centro del movimiento neurodivergente es la autopercepción que es individual, o las acomodaciones individualizadas.

  Una acomodación ambiental puede imponerse desde posiciones políticas muy diferentes.

Los seis conceptos (científico, sociopolítico, individualista, comunitario, normalizador, de aceptación) aparecen en el debate como si estuviesen alineados, pero se cruzan: hay soluciones individualistas y comunitarias en los dos enfoques. Por eso el conflicto "ciencia contra política" está mal planteado.

Como ya dijimos, no estamos ante dos filosofías o políticas distintas.

No necesariamente el enfoque:

- médico es sobre la persona ni normalizador;
- neurodiverso es sobre el ambiente ni de aceptación.

Lo que queda por decidir es político: qué solución, decidida por quién, con qué beneficios, qué costos y a cargo de quién.

5.8. Tesis: los enfoques no determinan las intervenciones. Hay debate sociopolítico–económico distributivo

Ni la existencia de un sufrimiento, ni sus causas biológicas o de otro tipo, ni el nombre o la forma utilizada para describirla determinan por sí solas qué intervención debe adoptarse.

Ya vimos las dos primeras:

- La existencia de la dificultad y sus causas es una cuestión.
- El nombre que le damos a la dificultad es otra.
- Y la intervención que eventualmente se pueda derivar es una tercera.

La cuestión política central consiste en decidir cómo se distribuyen los beneficios, los costos, los riesgos y las obligaciones de las intervenciones posibles.

Cada intervención propuesta, no importa de qué "campo" aparezca, puede evaluarse con un marco común, donde no es relevante el "tipo" de intervención.

Esto permite entender de otra manera la politización del campo. La política no aparece después de haber resuelto (o no) una cuestión médica ni al plantear la visión de la neurodivergencia.

Está presente en el momento en que debemos decidir cómo distribuir los recursos, costos y obligaciones derivados de cualquier intervención.

- Si una escuela necesita contratar personal adicional para atender adecuadamente a determinados estudiantes, existe un costo.
- Si en lugar de ello existe una intervención eficaz financiada por el sistema sanitario, o por las personas, también existe un costo.
- Si no se realiza ninguna intervención, el costo no desaparece necesariamente: puede recaer sobre la propia persona, su familia, sus compañeros, sus docentes u otras personas.

  No intervenir es también una decisión distributiva. Muchas veces elige quién soportará el costo.

La cuestión es la misma que atraviesa toda la medicina y otras actividades.

Una sociedad puede gastar una cantidad extraordinaria de recursos en un tratamiento oncológico que prolongue durante un período relativamente breve la vida de una persona, o utilizar esos mismos recursos en nutrición, vacunación, saneamiento o atención primaria para muchas otras.

Constatar que el paciente tiene cáncer y que el tratamiento funciona no determina cómo deben distribuirse esos recursos.

Hay que tener en cuenta que algunos introducen un supuesto no probado: que el bienestar social es la suma de bienestares individuales, de modo que lo que se destina a una persona se resta a las demás. Ese supuesto tiene dos objeciones conocidas. Primero, no es claro que el bienestar sea aditivo; la crítica al welfarismo la formuló Sen (1979). Segundo, aun aceptando la suma, no todo beneficio es rival: los bienes públicos son precisamente aquellos donde dar a uno no quita al resto (Samuelson 1954), y vacunar a uno puede cortar el contagio y beneficiar a todos (Boulier, Datta y Goldfarb 2007; Bärnighausen et al. 2014).

Ese supuesto aditivo no es técnico sino político. Es un supuesto individualista. Ignora que intervenir sobre una persona modifica el bienestar de quienes la rodean, y que las políticas generales benefician potencialmente a todos.

Los recursos son escasos, pero debemos cuidarnos de no heredar la definición de la economía como asignación de medios escasos entre fines alternativos (Robbins 1932): la restricción de recursos se toma como dato y la decisión se reduce a optimizar dentro de ella. Pero la restricción no es un dato. Una intervención es también una inversión: cambia lo que habrá disponible mañana, para la persona intervenida y para otros.

Otras tradiciones económicas parten de ahí, de cómo se amplía lo disponible y se expanden las capacidades (Sen 1999), y no de cómo se reparte lo que hay. Elegir desde dónde se piensa la decisión es ya una decisión política.

Un elemento igualador es el azar. Porque cualquiera puede, por **azar**, enfrentar la misma dificultad. Una política sobre hechos aleatorios implica que no se beneficia a una persona dada sobre el conjunto. Se beneficia "potencialmente" a todos y todas.

Debemos evitar pensar que tratar a una persona se evalúa sólo por el costo: hay que mirar dos lados: el costo y el beneficio. Curar a una persona contagiosa reduce el costo de curar a todos en forma no lineal. Vacunar a Juan también beneficia a Pedro. Mejorar la salud mental de un hijo beneficia a su familia, amigos, comunidad, etc. Si una persona tratada, en el futuro, inventa algo que beneficia a todos, la optimización no sólo considera costos. La no linealidad hace que los costos y beneficios marginales no puedan ser el único criterio.

Se trata de encontrar qué distribución de recursos, beneficios y costos debe considerarse justa; esa elección define, a la vez, qué bienestar se está maximizando.

Lo cual no implica tener la función objetivo definida, sino simplemente llamarla de alguna forma, aunque no sepamos qué es.

Ninguna función de optimización elige por nosotros su propia función objetivo.

Las decisiones sanitarias no son solamente cuestiones técnicas o médicas, sino también problemas éticos y políticos vinculados con la asignación de recursos, la determinación de prioridades y la distribución de beneficios y costos.

Así, involucran problemas propios de la bioética clínica (Beauchamp y Childress 2019), de la ética de la salud pública (Kass 2001) y de la justicia distributiva en salud (Daniels 2008).

Estas disciplinas estudian estos problemas y los criterios mediante los cuales pueden considerarse justas diferentes decisiones sanitarias.

Existen además ejemplos de metodologías destinadas a comparar cuantitativamente intervenciones y resultados, como los años de vida ajustados por calidad (QALY), los años de vida ajustados por discapacidad (DALY) y los análisis de costo–efectividad (Drummond et al. 2015; Murray y Lopez 1996).

Esas herramientas incorporan el supuesto aditivo: suman años de vida de personas distintas como si fueran intercambiables, y esa agregación ha sido criticada por ocultar juicios de valor sobre a quién se favorece (Anand y Hanson 1997).

Las herramientas económicas para medir costos y resultados de determinadas políticas aportan información, son útiles y nos permiten concentrarnos en el problema político de decidir qué queremos maximizar, qué desigualdades consideramos aceptables, qué derechos reconocemos y cómo mejorar el bienestar social.

Podemos expresarlo para el caso persona/ambiente esquemáticamente como

$$W = f_w(P, A),$$

$$C = f_c(P, A),$$

donde W representa alguna medida de bienestar o capacidad funcional, C el costo, P las intervenciones a la persona y A las al ambiente.

Para mejorar W podemos modificar P, modificar A, o hacer ambas cosas. Que una intervención incremente W no demuestra todavía que deba realizarse.

Esas funciones debieran estar planteadas para todas las variables del problema, no sólo P y A.

El costo no es un dato sino una función de lo que se hace. C depende de las intervenciones porque cada una modifica los costos de las demás.

Queda por determinar cuánto aumenta, para quién aumenta, quién soporta el costo y qué otras alternativas podrían haberse financiado con los mismos recursos.

Aquí aparece el salto entre “es” y “debe”.

La neurodivergencia no constituye una excepción a este problema general.

Reconocer que determinadas personas experimentan dificultades no demuestra que toda la sociedad deba adaptarse a ellas de una manera específica. Pero tampoco demuestra lo contrario.

Para pasar de la constatación empírica de una dificultad a una obligación colectiva hace falta introducir criterios normativos acerca de la distribución de costos y beneficios.

Para pasar de

> "esta persona presenta una dificultad"

a

> "la sociedad tiene la obligación de modificar determinadas condiciones y asumir determinados costos"

es necesario introducir premisas normativas.

Esas premisas pueden referirse a igualdad, derechos, solidaridad, eficiencia, prioridades o justicia distributiva.

No provienen automáticamente ni del diagnóstico médico, ni de una medición psicométrica, ni de lo genético, ni de una afirmación de identidad,

Son decisiones políticas. Se requieren cuando se trata de derechos, costos, beneficios y justicia.

Ninguno de los conocimientos sobre las intervenciones determina por sí solo quién debe recibir qué, quién debe pagar qué ni qué desigualdad estamos dispuestos a aceptar.

La diferencia política entre "tratar al individuo" y "adaptar el ambiente", planteada en términos generales y aplicada a clases enteras de intervenciones, es falaz como criterio de decisión vinculado a mejorar el bienestar. Y muy riesgosa en términos de potenciales ideologías, en el sentido de personas que adoptan posiciones contrarias a su interés.

Descartar una intervención comunitaria, económica y eficaz por razones puramente políticas es miope; descartar una intervención individual, económica y eficaz por las mismas razones, también.

La diferencia política real no está en la clase de intervención sino en cada intervención específica, ante cada problema, quién la decide, quién recibe sus beneficios y quién paga sus costos y asume sus riesgos.

Esto se vincula con la capacidad económica de una sociedad. Más riqueza llevará a intervenciones más potentes.

También se vincula con cómo aplicar una función objetivo posible mediante reglas.

Un sistema de derechos implica las intervenciones que conviene garantizar a todos, sin excepción, porque así no se decide persona por persona (Mill 1861; Harsanyi 1977). El argumento del azar lo apoya: como cualquiera puede enfrentar la dificultad, la regla que maximiza el bienestar esperado de todos es garantizar la intervención a cualquiera que la necesite.

En definitiva, probablemente no exista una función objetivo que cumpla lo que le pedimos, por ejemplo: (Arrow 1951; Sen 1970b; Sen 1970a).

Los requisitos son: agregar bienestar sin suponerlo aditivo, valorar el futuro sin descontarlo arbitrariamente, tratar a cada persona como fin y no como sumando. Pero no hace falta partir de ella.

Se puede partir de las reglas: definir qué intervenciones se garantizan, a quién, según sus circunstancias y bajo qué condiciones.

Si esas reglas son consistentes entre sí, pueden hacernos pensar en una función objetivo: no la que pedíamos, sino la posible, la que las reglas de hecho realizan. Pero que un sistema de reglas implique una función objetivo no está garantizado (Sen 1970b) mostró que un mínimo de derechos individuales puede ser incompatible con el criterio de Pareto, y por tanto con cualquier maximización que lo respete (Sen 1970a). Lo que las reglas sí hacen, si son consistentes, es fijar de hecho qué se garantiza y a quién, sin necesidad de formular la función que las justifique.

Un sistema de derechos es eso: un conjunto de reglas que fija una forma de decidir sin tener que formular una función objetivo. Evitar la arbitrariedad nos lleva ahí, porque la exigencia de no decidir persona por persona, de tratar igual los casos iguales, de no ser arbitrarios, es lo que obliga a que las reglas sean consistentes, y la consistencia es lo que hace que podamos pensar en una función detrás. Exista o no.

5.9. Tesis: debe garantizarse la dignidad de las personas involucradas, fuera de debate

No podemos subordinar la lucha por la dignidad y el reconocimiento a ningún debate. No debe debatirse, debe garantizarse.

Es una premisa normativa que este trabajo adopta.

6. Conclusiones

La oposición entre el llamado modelo médico y el modelo social o sociopolítico o de constructivismo social de la neurodivergencia (Oliver 1990) es exagerada. Sin duda tiene valor sociopolítico por la lucha por la dignidad, el reconocimiento, y el uso de recursos públicos. Pero no podemos subordinar la lucha por la dignidad y el reconocimiento a ese debate. No debe debatirse, debe garantizarse.

Aun así, las diferencias que ya hemos visto entre ellos no pueden ni deben borrarse. Debe avanzarse científicamente y las personas deben sentir su dignidad sostenida. Aun resueltas la ciencia y la dignidad, el debate político, intervención a intervención, es relevante.

Planteamos tres resultados en forma de propuestas y varias preguntas:

6.1. Propuesta 1: más ciencia e investigación

La ciencia en la temática es aún insuficiente.

La ciencia todavía no tiene una explicación ni clasificación acabada.

No se conocen los fundamentos de la misma. Ni se tienen herramientas con potencia suficiente.

La ausencia de una ciencia eficaz favorece su sustitución por la política.

La ciencia debiera resolverse en un único cuerpo de conocimiento común, consensuado y con capacidad predictiva, y si no existe consenso, es porque la ciencia está en desarrollo.

Esto no implica que los nombres sean irrelevantes para las intervenciones, el acceso a derechos, financiamiento o reconocimiento legal. Esos efectos son reales y deben ser objeto de disputa política. Lo que se propone aquí es que la legitimidad de una intervención concreta –una terapia, una acomodación, un servicio– no deba depender de si previamente acordamos llamar 'trastorno' o 'neurotipo' a la condición que la motiva.

No significa que no debiera discutirse en ciencia —se hace—, y se debaten alternativas, sobre todo para mejorar cada predicción.

Sí implica que la discusión sobre los nombres requiere más y mejor ciencia. Y conviene que la política se asiente después de mejorar la ciencia.

Necesitamos además mejor comprensión social de esta ciencia.

Puede haber un enorme campo de construcción compartida, mientras la ciencia avanza y la comprensión sociopolítica mejora.

El objetivo: una ciencia y varias posiciones políticas claras.

6.2. Propuesta 2: Desincentivar el debate político sobre los nombres, no decide qué hacer

- Existe una dificultad real independientemente de que la denominemos enfermedad, trastorno, discapacidad, diferencia o neurotipo.
- La situación de las personas involucradas no se resuelve por el nombre que asignemos a una condición.

  Que una clasificación sea construida históricamente no demuestra que las dificultades a las que se refiere sean ficticias.
- Los dos enfoques (diagnósticos vs neurotipos) permiten ver aspectos diferentes del problema, pero ninguno resuelve por sí mismo el problema final, ni el científico ni el sociopolítico– económico.
- Esto no quita la real necesidad de diagnósticos más claros y precisos. Con nombres universalmente aceptados, sea para una mejor ciencia,

sea para derechos y reglas claramente especificados. El debate político de vocabulario entre diagnósticos y neurotipos, es lo que debe desincentivarse, no la cuestión científica de qué persona tiene tal o cual diagnóstico.

Desincentivar ese debate no significa que los movimientos sociales deban aceptar pasivamente las clasificaciones del DSM o la CIE como si fueran descripciones neutrales de la naturaleza, ni que deban renunciar a criticar sus sesgos históricos o sus consecuencias estigmatizantes. Tampoco significa que la ciencia médica pueda seguir usando esos manuales sin revisión. Significa, más bien, dejar de suponer que el nombre de una condición determina por sí solo la legitimidad de una intervención. Llamar 'trastorno' a algo no obliga automáticamente a normalizar a la persona; llamarlo 'neurotipo' no prohíbe automáticamente evaluar si una terapia reduce un sufrimiento real. La política real no está en el nombre, sino en la decisión concreta de qué se hace, quién lo paga y quién decide.

No se debe plantear una asimetría a favor del poder médico institucional. La crítica al DSM, a la medicalización o a los intereses económicos de la industria farmacéutica sigue siendo necesaria. Lo que se rechaza es la idea de que el nombre determine la política: como si "trastorno" obligara a tratar y "neurotipo" obligara a no tratar.

6.3. Propuesta 3: Debatir política y económicamente cada tipo de intervención

El eje "médico vs. neurodiversidad" no debe ser sostenido. La política es lo que divide y es lógico que así sea: es su esencia.

Pero no deben adoptarse decisiones globales que incluyan todas las intervenciones de una sola de las categorías alternativas: individual/colectiva o normalizadora/de aceptación. Es subóptimo.

El debate debe ser sobre beneficios, costos y quién los paga para cada tipo de intervención.

Allí empieza la política que importa, con lo que le es propia.

Cada intervención decidida políticamente como regla se aplica igual a todas las personas que la necesiten.

La ciencia no elimina el debate. No es suficiente mejorar la ciencia. Una causa biológica o de otro tipo no determina una obligación política.

Tampoco tiene sentido que el debate político pretenda resolver cuestiones científicas.

6.4. Preguntas

Concretamente, las preguntas que debemos hacernos son:

- ¿sabemos las causas profundas de los problemas y las posibilidades de intervenir médica o psicológicamente?,
- ¿qué problema queremos reducir?,
- ¿qué categoría estamos utilizando y mediante qué criterio se establece la pertenencia?,
- ¿qué intervenciones existen?,
- ¿cuánto mejora cada una la situación?,
- ¿qué riesgos presenta?,
- ¿cuánto cuesta?,
- ¿quién recibe el beneficio?,
- ¿quién soporta el costo? y, finalmente,
- ¿qué distribución de esos costos y beneficios consideramos justa?

  Esta última pregunta no es una consecuencia accidental de la discusión sobre neurodivergencia.

  Es precisamente la esencia política de la cuestión.

7. Reconocimientos

Con la asistencia de GPT–Sol, Claude–Fable y Kimi–K3 (2026).

8. Anexo: trabajos relacionados y antecedentes conceptuales

Las cuestiones discutidas en este trabajo aparecen, con enfoques diferentes, en varias tradiciones de investigación: la literatura sobre neurodiversidad, la filosofía de la psiquiatría, los estudios sobre discapacidad, la historia de las clasificaciones médicas y psicológicas y la discusión política sobre reconocimiento, redistribución y medicalización. Ninguno de los siguientes trabajos coincide necesariamente con las tesis aquí sostenidas, pero todos exploran problemas estrechamente relacionados.

8.1. Trabajos y prioridades

Cuadro 4: Publicaciones con línea similar

Eje	**Prioridad (P:) / Usos (U:)**	**Publicación**	**Por qué es relevante para *Mente y política***
Neurodiversidad y modelo médico	P: Muy alta	Steven K. Kapp (2026), *The Neurodiversity Movement vs. the Medical Model of Autism* (Kapp 2026)	Es probablemente uno de los textos más cercanos a las afirmaciones del presente trabajo. Plantea que neurodiversidad y modelo médico pueden encontrarse en una "tensión creativa" y no necesariamente en una oposición absoluta. La aceptación de la neurodiversidad tampoco implica necesariamente rechazar toda intervención dirigida al individuo.
Neurodiversidad y modelo médico	P: Muy alta	Patrick Dwyer (2022), *The Neurodiversity Approach(es): What Are They and What Do They Mean for Researchers?* (Dwyer 2022)	Distingue diferentes versiones del enfoque de neurodiversidad. Discute la idea de que éste atribuya necesariamente toda discapacidad a la sociedad y admite la intervención simultánea de factores individuales y ambientales. También analiza quién puede ser considerado neurodivergente y la relación entre neurodivergencia y categorías diagnósticas.

Neurodiversidad y modelo médico	P: Muy alta	Kapp, Gillespie–Lynch, Sherman y Hutman (2013), *Deficit, Difference, or Both? Autism and Neurodiversity* (Kapp, Gillespie-Lynch et al. 2013)	Estudia empíricamente las actitudes hacia el autismo, el modelo médico y la neurodiversidad. Muestra que aceptar el autismo como diferencia o identidad no implica necesariamente negar las dificultades ni rechazar intervenciones destinadas a disminuirlas.
Neurodiversidad y modelo médico	P: Muy alta	Dwyer y colaboradores (2025), *Community Views of Neurodiversity, Models of Disability and Autism Intervention: Mixed Methods Reveal Shared Goals and Key Tensions* (Dwyer et al. 2025)	Estudia las opiniones de personas autistas, familiares, profesionales e investigadores sobre neurodiversidad, modelos de discapacidad e intervenciones. Encuentra diferencias respecto del énfasis otorgado a la modificación ambiental y a la intervención individual, pero también objetivos compartidos. Es especialmente pertinente para separar el modelo conceptual de la elección concreta de una intervención.

Diagnóstico, clasificación, hechos y valores	P: Alta	Jerome Wakefield (1992), *The Concept of Mental Disorder: On the Boundary Between Biological Facts and Social Values* (J. C. Wakefield 1992)	Examina la frontera entre hechos biológicos y valores sociales y propone entender el trastorno mental como una combinación de disfunción y daño. Así, incluso una definición con fundamento científico contiene un componente normativo: una constatación biológica no determina por sí misma una conclusión normativa o política.
Diagnóstico, clasificación, hechos y valores	P: Alta	Robert Kendell y Assen Jablensky (2003), *Distinguishing Between the Validity and Utility of Psychiatric Diagnoses* (Kendell y Jablensky 2003)	Distingue entre validez y utilidad de las categorías psiquiátricas. Una categoría puede no corresponder a una entidad natural perfectamente delimitada y, sin embargo, conservar utilidad clínica. Esto coincide con la distinción entre realidad del fenómeno, clasificación y utilidad de la categoría.

Persona, ambiente y modelos de discapacidad	P: Alta	Tom Shakespeare y Nicholas Watson (2001), *The Social Model of Disability: An Outdated Ideology?* (Shakespeare y Watson 2001)	Critica las versiones demasiado rígidas del modelo social que separan radicalmente deterioro individual y discapacidad social. Propone una comprensión más interactiva entre características individuales y ambiente, cercana al esquema $W = f(P, A)$ utilizado en este trabajo.
Persona, ambiente y modelos de discapacidad	P: Alta	World Health Organization (2001), *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* (World Health Organization 2001)	La ICF incorpora funciones y estructuras corporales, actividad, participación y factores ambientales. Entiende el funcionamiento y la discapacidad como resultados de la interacción entre la persona y su ambiente y constituye un antecedente institucional importante de esta concepción.
Diagnóstico, clasificación, hechos y valores	P: Alta	Ian Hacking (1999), *The Social Construction of What?* (Hacking 1999)	Analiza críticamente qué significa afirmar que una categoría está socialmente construida. Permite separar dos cuestiones que suelen confundirse: la construcción histórica de una clasificación y la existencia real de los fenómenos que esa clasificación pretende describir.

Diagnóstico, clasificación, hechos y valores	P: Alta	Ian Hacking (2007), *Kinds of People: Moving Targets* (Hacking 2007)	Las personas conocen las clasificaciones que se les aplican, reaccionan ante ellas y pueden modificar sus prácticas y comportamientos. Por esa vía, las clasificaciones transforman el objeto estudiado. El mecanismo es especialmente pertinente para las categorías que pasan a constituir identidades.
Diagnóstico, clasificación, hechos y valores	P: Alta	Geoffrey C. Bowker y Susan Leigh Star (1999), *Sorting Things Out: Classification and Its Consequences* (Bowker y Star 1999)	Estudia cómo las clasificaciones organizan información, actividades, prácticas, instituciones, derechos e interacciones sociales. Resulta relevante para la paradoja de que una clasificación pueda servir tanto para discriminar como para organizar acciones destinadas a combatir la discriminación.

Psiquiatría, medicalización y política	U: Muy interesante políticamente	Peter Sedgwick (1982), *Psycho Politics* (Sedgwick 1982)	Critica tanto a la psiquiatría establecida como a ciertas corrientes de antipsiquiatría. Señala que eliminar una categoría médica no resuelve necesariamente el problema político y puede incluso dificultar la reivindicación colectiva de recursos, servicios o intervenciones.
Psiquiatría, medicalización y política	P: Alta	Nancy Fraser (1995), *From Redistribution to Recognition? Dilemmas of Justice in a "Post-Socialist" Age* (Fraser 1995)	Analiza la relación entre políticas de reconocimiento de identidades y políticas de redistribución económica. Es un antecedente particularmente relevante para la discusión sobre política identitaria, derechos, redistribución y capitalismo.
Persona, ambiente y modelos de discapacidad	P: Complementaria	George L. Engel (1977), *The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine* (Engel 1977)	El modelo biopsicosocial de Engel incorpora dimensiones biológicas, psicológicas y sociales. Muestra que la medicina no puede identificarse automáticamente con una explicación exclusivamente individual o biológica ni el modelo médico con una intervención exclusivamente individual.

Psiquiatría, medicalización y política	P: Complementaria	Peter Conrad (1992), *Medicalization and Social Control* (Conrad 1992)	Analiza la medicalización y la desmedicalización: los procesos mediante los cuáles determinadas situaciones pasan a ser definidas como problemas médicos o dejan de serlo. Permite estudiar el cambio histórico de las categorías sin concluir que los fenómenos clasificados sean ficticios.
Psiquiatría, medicalización y política	U: Historia de las categorías	Bonnie Evans (2017), *The Metamorphosis of Autism: A History of Child Development in Britain* (Evans 2017)	Reconstruye la transformación del concepto de autismo y los procedimientos utilizados para conceptualizar, identificar y medir el deterioro o funcionamiento social. Permite distinguir la historia de una categoría de la historia de los fenómenos que pretende representar y complementa la discusión sobre Wing, Gould y la construcción del espectro autista.

Neurodiversidad y modelo médico	P: Alta	Robert Chapman (2019), *Neurodiversity Theory and Its Discontents: Autism, Schizophrenia, and the Social Model of Disability* (Chapman 2019)	Extiende el paradigma de neurodiversidad más allá del autismo y analiza su relación con la esquizofrenia y con el modelo social de discapacidad. Es especialmente pertinente para preguntar dónde están las fronteras de la categoría "neurodivergencia".
Neurodiversidad y modelo médico	P: Alta, como contrapunto	Elizabeth Pellicano y Jacquiline den Houting (2022), *Annual Research Review: Shifting from "Normal Science" to Neurodiversity in Autism Science* (Pellicano y den Houting 2022)	Defiende explícitamente un desplazamiento de la investigación sobre autismo hacia un paradigma inspirado en la neurodiversidad. Es útil como contrapunto a las tesis de este trabajo y como formulación desarrollada de una posición favorable al paradigma de neurodiversidad.
Diagnóstico, clasificación, hechos y valores	P: Alta	Polaris Koi (2021), *Genetics on the Neurodiversity Spectrum: Genetic, Phenotypic and Endophenotypic Continua in Autism and ADHD* (Koi 2021)	Analiza distintos tipos de continuos genéticos, fenotípicos y endofenotípicos en autismo y TDAH. Resulta directamente relevante para la discusión sobre escalas y sigmas: demostrar continuidad no determina qué variable debe medirse, qué distribución posee ni dónde debe colocarse una frontera clasificatoria.

8.2. Relación de estos antecedentes con las tesis de este trabajo

En conjunto, estos trabajos permiten distinguir varios problemas que con frecuencia aparecen superpuestos.

- El problema ontológico y empírico: qué diferencias, dificultades, capacidades y mecanismos existen realmente.
- El problema clasificatorio: mediante qué categorías se agrupan esas diferencias y qué criterios determinan la pertenencia a cada categoría.
- El problema de la interacción persona–ambiente: qué parte de una dificultad depende de características de la persona, qué parte depende del ambiente y de qué manera ambas interactúan.
- El problema de la intervención: qué modificaciones sobre la persona, el ambiente o ambos pueden producir mejores resultados.
- El problema normativo y político: qué intervenciones deben realizarse, qué derechos se reconocen, quién recibe los beneficios y quién soporta los costos.

La literatura revisada muestra que estos problemas pueden relacionarse pero no deben identificarse entre sí. La existencia de una base biológica no determina una política; el carácter histórico de una clasificación no demuestra la inexistencia del fenómeno; una categoría puede carecer de una frontera natural precisa y conservar utilidad; y reconocer la importancia del ambiente no obliga a rechazar toda intervención sobre la persona.

En este sentido, varios de estos antecedentes convergen con una de las tesis de este trabajo: el eje "modelo médico versus neurodiversidad" no coincide necesariamente con el eje 'intervención individual versus intervención social", y ninguno de ellos determina por sí mismo la cuestión política final acerca de la distribución de beneficios, costos y obligaciones.

Referencias

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5. Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing.

— (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5., text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.

Anand, Sudhir y Kara Hanson (1997). "Disability-Adjusted Life Years: A Critical Review". En: *Journal of Health Economics* 16.6, págs. 685-702. DOI: 10.1016/S0167-6296(97)00005-2.

Andrews, Jonathan et al. (1997). *The History of Bethlem*. Véase especialmente el capítulo 13, "Visiting". London y New York: Routledge. ISBN: 978-0-415-01773-2.

Aron, Elaine N. y Arthur Aron (1997). "Sensory-processing sensitivity and its relation to introversion and emotionality". En: *Journal of Personality and Social Psychology* 73.2, págs. 345-368. DOI: 10.1037/0022-3514.73.2.345.

Arrow, Kenneth J. (1951). *Social Choice and Individual Values*. New York: Wiley.

Autism Network International (1992). *Autism Network International*. https://www.autismnetworkinternational.org/. Primera organización dirigida por y para personas autistas, fundada en febrero de 1992 por Jim Sinclair, Kathy (Lissner) Grant y Donna Williams; acuñó la expresión "neurológicamente típico".

Autistic Self Advocacy Network (2006). *Autistic Self Advocacy Network*. https://autisticadvocacy.org/. Organización dirigida por y para personas autistas, fundada el 27 de octubre de 2006 por Ari Ne'eman y Scott Michael Robertson; lema: "Nothing About Us, Without Us".

Baker, Katie J. M. (feb. de 2024). "They Promoted Body Positivity. Then They Lost Weight". En: *The New York Times*.

Banihani, Rudaina y Michael E. Msall (2026). "Neurodiversity and Intellectual Disability: Opportunities and Challenges for Functioning and Participation Across the Life Course". En: *Pediatric Annals* 55.7, e252-e259. DOI: 10.3928/19382359-20260317-02.

Bärnighausen, Till et al. (2014). "Valuing Vaccination". En: *Proceedings of the National Academy of Sciences* 111.34, págs. 12313-12319. DOI: 10.1073/pnas.1400475111.

Beauchamp, Tom L. y James F. Childress (2019). *Principles of Biomedical Ethics*. 8.ª ed. New York: Oxford University Press.

Boulier, Bryan L., Tejwant S. Datta y Robert S. Goldfarb (2007). "Vaccination Externalities". En: *The B.E. Journal of Economic Analysis & Policy* 7.1, Article 23. DOI: 10.2202/1935-1682.1487.

Bowker, Geoffrey C. y Susan Leigh Star (1999). *Sorting Things Out: Classification and Its Consequences*. Cambridge, MA: The MIT Press. DOI: 10.7551/mitpress/6352.001.0001.

Bunge, Mario (1967). *Scientific Research: Strategy and Philosophy*. Realismo cientifico, modelos, metodo y filosofia de la ciencia. Springer.

Cameron, Layla (ago. de 2026). "The Ozempic Era Is Bringing Fatphobia Back – and Dividing My Community". En: *The Globe and Mail*. URL: https://www.theglobeandmail.com/opinion/article-ozempic-glp-1s-fatphobia-body-positivity-weight-loss-drugs/.

Cammaerts, Bart (2022). "The abnormalisation of social justice: The 'anti-woke culture war' discourse in the UK". En: *Discourse & Society* 33.6, págs. 730-743. DOI: 10.1177/09579265221095407.

Carnap, Rudolf (1937). *The Logical Syntax of Language*. Reconstruccion logica del lenguaje cientifico. Kegan Paul.

Cartwright, Nancy (1983). *How the Laws of Physics Lie*. Leyes, modelos, idealizaciones y explicacion cientifica. Oxford University Press.

Chapman, Robert (2019). "Neurodiversity Theory and Its Discontents: Autism, Schizophrenia, and the Social Model of Disability". En: *The Bloomsbury Companion to Philosophy of Psychiatry*. Ed. por Şerife Tekin y Robyn Bluhm. Bloomsbury. DOI: 10.5040/9781350024090.ch-018.

Cohen, Adam (2016). *Imbeciles: The Supreme Court, American Eugenics, and the Sterilization of Carrie Buck*. New York: Penguin Press.

College of Policing (2021). *Neurodiversity glossary of terms*. Incluye una categoría de neurodivergencia adquirida y menciona TEPT, ansiedad y depresión entre sus ejemplos.

Conrad, Peter (1992). "Medicalization and Social Control". En: *Annual Review of Sociology* 18, págs. 209-232. DOI: 10.1146/annurev.so.18.080192.001233.

Corte Suprema de los Estados Unidos (1927). *Buck v. Bell, 274 U.S. 200*. Disponible en https://supreme.justia.com/cases/federal/us/274/200/. Decisión del 2 de mayo de 1927 (8–1, opinión de Holmes): que declaró constitucional la esterilización forzada de personas consideradas "débiles mentales" hereditarias; "Three generations of imbeciles are enough". Nunca revocada expresamente; debilitada por Skinner v. Oklahoma, 316 U.S. 535 (1942).

Czech, Herwig (2018). "Hans Asperger, National Socialism, and "race hygiene" in Nazi-era Vienna". En: *Molecular Autism* 9, pág. 29. DOI: 10.1186/s13229-018-0208-6.

Daniels, Norman (2008). *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*. New York: Cambridge University Press.

Dickson, D. H. e Ivan W. Kelly (1985). "The 'Barnum Effect' in personality assessment: A review of the literature". En: *Psychological Reports* 57.2, págs. 367-382. DOI: 10.2466/pr0.1985.57.2.367.

Drummond, Michael F. et al. (2015). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. 4.ª ed. Oxford: Oxford University Press.

Dwyer, Patrick (2022). "The Neurodiversity Approach(es): What Are They and What Do They Mean for Researchers?" En: *Human Development* 66.2, págs. 73-92. DOI: 10.1159/000523723.

Dwyer, Patrick et al. (2025). "Community Views of Neurodiversity, Models of Disability and Autism Intervention: Mixed Methods Reveal Shared Goals and Key Tensions". En: *Autism* 29.9, págs. 2297-2314. DOI: 10.1177/13623613241273029.

Elster, Jon (1983). *Sour Grapes: Studies in the Subversion of Rationality*. Cambridge: Cambridge University Press.

Engel, George L. (1977). "The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine". En: *Science* 196.4286, págs. 129-136. DOI: 10.1126/science.847460.

Evans, Bonnie (2017). *The Metamorphosis of Autism: A History of Child Development in Britain*. Manchester: Manchester University Press. DOI: 10.7765/9781526110015.

Falk, Dean (2020). "Non-complicit: Revisiting Hans Asperger's career in Nazi-era Vienna". En: *Journal of Autism and Developmental Disorders* 50.7, págs. 2573-2584. DOI: 10.1007/s10803-019-03981-7.

Feyerabend, Paul (1975). *Against Method*. Critica del metodologismo unico en filosofia de la ciencia. New Left Books.

Forer, Bertram R. (1949). "The fallacy of personal validation: A classroom demonstration of gullibility". En: *Journal of Abnormal and Social Psychology* 44.1, págs. 118-123. DOI: 10.1037/h0059240.

Fraassen, Bas C. van (1980). *The Scientific Image*. Empirismo constructivo y adecuacion empirica. Oxford University Press.

Fraser, Nancy (1995). "From Redistribution to Recognition? Dilemmas of Justice in a "Post-Socialist" Age". En: *New Left Review* I/212, págs. 68-93.

Gadamer, Hans-Georg (1975). *Truth and Method*. Hermeneutica filosofica; traduccion inglesa de Wahrheit und Methode, 1960. Continuum.

Gibson, Mary (2002). *Born to Crime: Cesare Lombroso and the Origins of Biological Criminology*. Westport, CT: Praeger.

Giere, Ronald N. (1988). *Explaining Science: A Cognitive Approach*. Modelos, representacion y practica cientifica. University of Chicago Press.

Goldman, Wendy Z. (1993). *Women, the State and Revolution: Soviet Family Policy and Social Life, 1917–1936*. Cambridge: Cambridge University Press.

Goring, Charles (1913). *The English Convict: A Statistical Study*. London: His Majesty's Stationery Office.

Gould, Stephen Jay (1981). *The Mismeasure of Man*. New York: W. W. Norton.

Griffin, Roger (2003). "The Concept that Came Out of the Cold: The Progressive Historicization of Generic Fascism and its New Relevance to Teaching Twentieth-Century History". En: *History Compass* 1.1. DOI: 10.1111/1478-0542.039.

Hacking, Ian (1999). *The Social Construction of What?* Cambridge, MA: Harvard University Press.

— (2007). "Kinds of People: Moving Targets". En: *Proceedings of the British Academy*. Vol. 151. Oxford University Press for the British Academy, págs. 285-318. DOI: 10.5871/bacad/9780197264249.003.0010.

Harsanyi, John C. (1977). "Rule Utilitarianism and Decision Theory". En: *Erkenntnis* 11.1, págs. 25-53. DOI: 10.1007/BF00169843.

Hempel, Carl G. (1965). *Aspects of Scientific Explanation*. Explicacion cientifica, leyes y confirmacion. Free Press.

Hoppe, Hans-Hermann (2001). *Democracy: The God That Failed*. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.

Hristakeva, Sylvia, Jūra Liaukonytė y Leo Feler (2026). "The No-Hunger Games: How GLP-1 Medication Adoption Is Changing Consumer Food Demand". En: *Journal of Marketing Research* 63.3, págs. 427-444. DOI: 10.1177/00222437251412834.

Hull, Laura et al. (2017). ""Putting on My Best Normal": Social Camouflaging in Adults with Autism Spectrum Conditions". En: *Journal of Autism and Developmental Disorders* 47.8, págs. 2519-2534. DOI: 10.1007/s10803-017-3166-5.

Hyman, Steven E. (2010). "The Diagnosis of Mental Disorders: The Problem of Reification". En: *Annual Review of Clinical Psychology* 6, págs. 155-179. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091532.

Insel, Thomas R. y Bruce N. Cuthbert (2015). "Brain Disorders? Precisely". En: *Science* 348.6234, págs. 499-500. DOI: 10.1126/science.aab2358.

Kapp, Steven K. (2026). "The Neurodiversity Movement vs. the Medical Model of Autism". En: *World Psychiatry* 25.2, págs. 322-323. DOI: 10.1002/wps.70076.

Kapp, Steven K., Kristen Gillespie-Lynch et al. (2013). "Deficit, Difference, or Both? Autism and Neurodiversity". En: *Developmental Psychology* 49.1, págs. 59-71. DOI: 10.1037/a0028353.

Kapp, Steven K. y Ari Ne'eman (2019). "Lobbying Autism's Diagnostic Revisions in the DSM-5". En: *Autistic Community and the Neurodiversity Movement: Stories from the Frontline*. Ed. por Steven K. Kapp. Singapore: Palgrave Macmillan, págs. 167-194.

Kapp, Steven K., Robyn Steward et al. (2019). "'People should be allowed to do what they like': Autistic adults' views and experiences of stimming". En: *Autism* 23.7, págs. 1782-1792. DOI: 10.1177/1362361319829628.

Kass, Nancy E. (2001). "An Ethics Framework for Public Health". En: *American Journal of Public Health* 91.11, págs. 1776-1782. DOI: 10.2105/AJPH.91.11.1776.

Kendell, Robert y Assen Jablensky (2003). "Distinguishing Between the Validity and Utility of Psychiatric Diagnoses". En: *American Journal of Psychiatry* 160.1, págs. 4-12. DOI: 10.1176/appi.ajp.160.1.4.

Klein, Naomi (1999). *No Logo: Taking Aim at the Brand Bullies*. Toronto: Knopf Canada.

Koi, Polaris (2021). "Genetics on the Neurodiversity Spectrum: Genetic, Phenotypic and Endophenotypic Continua in Autism and ADHD". En: *Studies in History and Philosophy of Science* 89, págs. 52-62. DOI: 10.1016/j.shpsa.2021.07.006.

Kras, Joseph F. (2010). "The "Ransom Notes" Affair: When the Neurodiversity Movement Came of Age". En: *Disability Studies Quarterly* 30.1.

Kuhn, Thomas S. (1962). *The Structure of Scientific Revolutions*. Paradigmas, ciencia normal y revoluciones cientificas. University of Chicago Press.

Lai, Meng-Chuan (2022). "Clinical reflections on the intersections of autism and personality development". En: *Autism* 26.4, págs. 739-742. DOI: 10.1177/13623613221088073.

Lakatos, Imre (1978). *The Methodology of Scientific Research Programmes*. Programas de investigacion, heuristica, nucleo duro y falsacionismo sofisticado. Cambridge University Press.

Lane, Harlan (1992). *The Mask of Benevolence: Disabling the Deaf Community*. New York: Alfred A. Knopf.

Langer, Ana Ines, Lluis de Nadal y Eugenia Mitchelstein (2026). "From Fringe to Power in the TikTok Age: Libertarian Ideology and Transgressive Performances in Milei's 'Populism Without the People'". En: *Social Media + Society*. DOI: 10.1177/20563051261463361.

Le Bon, Gustave (1894). *Les Lois psychologiques de l'évolution des peuples*. Paris: Félix Alcan.

— (1895). *Psychologie des foules*. Paris: Félix Alcan.

Lenin, Vladimir Ilyich (1909). *Materialism and Empirio-Criticism*. Materialismo filosofico, critica del empiriocriticismo y teoria del conocimiento. Zveno Publishers. URL: https://www.marxists.org/archive/lenin/works/1908/mec/ (visitado 02-08-2026).

Levant, Ronald F. et al. (2006). "The Normative Male Alexithymia Scale: Measurement of a Gender-Linked Syndrome". En: *Psychology of Men & Masculinity* 7.4, págs. 212-224. DOI: 10.1037/1524-9220.7.4.212.

Lewis, Jason E. et al. (2011). "The Mismeasure of Science: Stephen Jay Gould versus Samuel George Morton on Skulls and Bias". En: *PLoS Biology* 9.6, e1001071. DOI: 10.1371/journal.pbio.1001071.

Lombardo, Paul A. (2008). *Three Generations, No Imbeciles: Eugenics, the Supreme Court, and Buck v. Bell*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Lombroso, Cesare (1876). *L'uomo delinquente studiato in rapporto alla antropologia, alla medicina legale, ed alle discipline carcerarie*. Primera edición; cinco ediciones entre 1876 y 1897. Milán: Hoepli.

Lombroso, Cesare y Guglielmo Ferrero (1893). *La donna delinquente, la prostituta e la donna normale*. Turín: L. Roux.

Lord, Catherine, Traolach S. Brugha, Tony Charman et al. (2020). "Autism Spectrum Disorder". En: *Nature Reviews Disease Primers* 6, pág. 5. DOI: 10.1038/s41572-019-0138-4.

Maher, Henry (2024). "Neoliberal Fascism? Fascist Trends in Early Neoliberal Thought and Echoes in the Present". En: *Contemporary Political Theory* 23.3, págs. 392-410. DOI: 10.1057/s41296-023-00657-x.

Marx, Karl (1845). *Theses on Feuerbach*. Practica, transformacion del mundo y critica del materialismo contemplativo. URL: https://www.marxists.org/archive/marx/works/1845/theses/ (visitado 02-08-2026).

Meehl, Paul E. (1956). "Wanted — A good cookbook". En: *American Psychologist* 11.6, págs. 262-272.

Mill, John Stuart (1861). *Utilitarianism*. London: Parker, Son y Bourn.

Milton, Damian E. M. (2012). "On the ontological status of autism: the 'double empathy problem'". En: *Disability & Society* 27.6, págs. 883-887. DOI: 10.1080/09687599.2012.710008.

Miranda-Ojeda, Raúl et al. (2025). "The Neurodiversity Framework in Medicine: On the Spectrum". En: *Developmental Neurobiology* 85.1, e22960. DOI: 10.1002/dneu.22960.

Morgan, Mary S. y Margaret Morrison, eds. (1999). *Models as Mediators: Perspectives on Natural and Social Science*. Modelos como mediadores entre teoria, datos y fenomenos. Cambridge University Press.

Morton, Samuel George (1839). *Crania Americana; or, A Comparative View of the Skulls of Various Aboriginal Nations of North and South America*. Philadelphia: J. Dobson.

Murray, Christopher J. L. y Alan D. Lopez, eds. (1996). *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*. Cambridge, MA: Harvard School of Public Health.

Niparko, John K. et al. (2010). "Spoken Language Development in Children Following Cochlear Implantation". En: *JAMA* 303.15, págs. 1498-1506. DOI: 10.1001/jama.2010.451.

Oliver, Michael (1990). *The Politics of Disablement*. London: Macmillan.

Pellicano, Elizabeth y Jacquiline den Houting (2022). "Annual Research Review: Shifting from 'Normal Science' to Neurodiversity in Autism Science". En: *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 63.4, págs. 381-396. DOI: 10.1111/jcpp.13534.

Popper, Karl (1959). *The Logic of Scientific Discovery*. Falsacionismo y demarcacion cientifica. Hutchinson.

Regier, Darrel A. et al. (2013). "DSM-5 Field Trials in the United States and Canada, Part II: Test-Retest Reliability of Selected Categorical Diagnoses". En: *American Journal of Psychiatry* 170.1, págs. 59-70. DOI: 10.1176/appi.ajp.2012.12070999.

Reichenbach, Hans (1938). *Experience and Prediction*. Empirismo logico, probabilidad, experiencia y prediccion. University of Chicago Press.

Robbins, Lionel (1932). *An Essay on the Nature and Significance of Economic Science*. London: Macmillan.

Romano, Aja (oct. de 2020). *A history of "wokeness"*. Vox. https://www.vox.com/culture/21437879/stay-woke-wokeness-history-origin-evolution-controversy.

Rothbard, Murray N. (1992). "Right-Wing Populism: A Strategy for the Paleo Movement". En: *Rothbard-Rockwell Report* 3.1, págs. 5-14.

Samaras, Georgios (2025). "Battleground Europe: the rise of anti-woke movements and their threat to democracy". En: *Frontiers in Political Science* 7, pág. 1568816. DOI: 10.3389/fpos.2025.1568816.

Samuelson, Paul A. (1954). "The Pure Theory of Public Expenditure". En: *The Review of Economics and Statistics* 36.4, págs. 387-389. DOI: 10.2307/1925895.

Scruton, Roger (1980). *The Meaning of Conservatism*. Tercera edicion revisada: Palgrave Macmillan, 2001. Harmondsworth: Penguin.

— (2014). *How to Be a Conservative*. Exposicion breve y polemica del conservadurismo: capitulos sobre la verdad del socialismo, del liberalismo, del capitalismo y del multiculturalismo. London: Bloomsbury Continuum.

— (2017). *Conservatism: An Invitation to the Great Tradition*. Exposicion sintetica de la tradicion conservadora, de Burke a Oakeshott y Hayek. New York: All Points Books.

Sedgwick, Peter (1982). *Psycho Politics*. London: Pluto Press.

Sen, Amartya (1970a). *Collective Choice and Social Welfare*. Edicion ampliada: Penguin, London, 2017. San Francisco: Holden-Day.

Sen, Amartya (1970b). "The Impossibility of a Paretian Liberal". En: *Journal of Political Economy* 78.1, págs. 152-157. DOI: 10.1086/259614.
— (1979). "Utilitarianism and Welfarism". En: *The Journal of Philosophy* 76.9, págs. 463-489.
— (1999). *Development as Freedom*. New York: Knopf.
Shakespeare, Tom y Nicholas Watson (2001). "The Social Model of Disability: An Outdated Ideology?" En: *Exploring Theories and Expanding Methodologies: Where We Are and Where We Need to Go*. Vol. 2. JAI, págs. 9-28. DOI: 10.1016/S1479-3547(01)80018-X.
Sheffer, Edith (2018). *Asperger's Children: The Origins of Autism in Nazi Vienna*. New York: W. W. Norton.
Sinclair, Jim (1993). "Don't Mourn for Us". En: *Our Voice (boletín de Autism Network International)* 1.3. Presentado en la International Conference on Autism, Toronto, 1993; disponible en https://www.autreat.com/dont_mourn.html.
— (2010). "Cultural Commentary: Being Autistic Together". En: *Disability Studies Quarterly* 30.1.
Singer, Judy (1999). "'Why can't you be normal for once in your life?' From a 'problem with no name' to the emergence of a new category of difference". En: *Disability Discourse*. Ed. por Mairian Corker y Sally French. Buckingham: Open University Press, págs. 59-67.
Slobodian, Quinn (2019). "Anti-'68ers and the Racist-Libertarian Alliance: How a Schism among Austrian School Neoliberals Helped Spawn the Alt Right". En: *Cultural Politics* 15.3, págs. 372-386. DOI: 10.1215/17432197-7725521.
— (2025). *Hayek's Bastards: Race, Gold, IQ, and the Capitalism of the Far Right*. New York: Zone Books.
Sneed, Joseph D. (1971). *The Logical Structure of Mathematical Physics*. Estructuralismo de teorias cientificas. D. Reidel.
Sparrow, Robert (2005). "Defending Deaf Culture: The Case of Cochlear Implants". En: *Journal of Political Philosophy* 13.2, págs. 135-152. DOI: 10.1111/j.1467-9760.2005.00217.x.
Suppes, Patrick (1960). "A Comparison of the Meaning and Uses of Models in Mathematics and the Empirical Sciences". En: *Synthese* 12.2–3. Modelos en matematica y ciencias empiricas, págs. 287-301.
Syharat, Connie Mosher et al. (2023). "Writing experiences of neurodiverse students in graduate STEM programs". En: *Frontiers in Education* 8, pág. 1295268. DOI: 10.3389/feduc.2023.1295268.
The Neurodiversity Alliance (1998). *The Neurodiversity Alliance*. https://thendalliance.org/. Organización sin fines de lucro (501(c)(3)) fundada por y para estudiantes con diferencias de aprendizaje; surgida del

programa de mentoría Eye to Eye, creado por David Flink y otros estudiantes en la Universidad de Brown en 1998.

Thomas, Eleanor (2024). "Why critical psychology and the neurodiversity movement need each other". En: *Frontiers in Psychology* 15, pág. 1149743. DOI: 10.3389/fpsyg.2024.1149743.

Volkmar, Fred R. y Brian Reichow (2013). "Autism in DSM-5: progress and challenges". En: *Molecular Autism* 4.1, pág. 13. DOI: 10.1186/2040-2392-4-13.

Wakefield, Andrew J. et al. (1998). "Ileal-Lymphoid-Nodular Hyperplasia, Non-Specific Colitis, and Pervasive Developmental Disorder in Children". En: *The Lancet* 351.9103. Retracted in 2010, págs. 637-641. DOI: 10.1016/S0140-6736(97)11096-0.

Wakefield, Jerome C. (1992). "The Concept of Mental Disorder: On the Boundary Between Biological Facts and Social Values". En: *American Psychologist* 47.3, págs. 373-388. DOI: 10.1037/0003-066X.47.3.373.

Walker, Nick (2014). *Neurodiversity: Some Basic Terms & Definitions*. Disponible en https://neuroqueer.com/neurodiversity-terms-and-definitions/ (consultado el 28 de agosto de 2026).

— (2021). *Neuroqueer Heresies: Notes on the Neurodiversity Paradigm, Autistic Empowerment, and Postnormal Possibilities*. Texas: Autonomous Press.

Wang, Shusen et al. (2024). "Transplantation of chemically induced pluripotent stem-cell-derived islets under abdominal anterior rectus sheath in a type 1 diabetes patient". En: *Cell* 187.22, págs. 6152-6164. DOI: 10.1016/j.cell.2024.09.004.

Waterhouse, Lynn y Christopher Gillberg (2014). "Why autism must be taken apart". En: *Journal of Autism and Developmental Disorders* 44.7, págs. 1788-1792. DOI: 10.1007/s10803-013-2030-5.

Werner, Kimberly B., Lauren R. Few y Kathleen K. Bucholz (2015). "Epidemiology, Comorbidity, and Behavioral Genetics of Antisocial Personality Disorder and Psychopathy". En: *Psychiatric Annals* 45.4, págs. 195-199. DOI: 10.3928/00485713-20150401-08.

Wilding, John P. H., Rachel L. Batterham, Salvatore Calanna et al. (2021). "Once-Weekly Semaglutide in Adults with Overweight or Obesity". En: *New England Journal of Medicine* 384.11, págs. 989-1002. DOI: 10.1056/NEJMoa2032183.

Wing, Lorna (1981). "Asperger's syndrome: a clinical account". En: *Psychological Medicine* 11.1, págs. 115-129. DOI: 10.1017/S0033291700053332.

— (2005). "Reflections on opening Pandora's box". En: *Journal of Autism and Developmental Disorders* 35.2, págs. 197-203. DOI: 10.1007/s10803-004-1998-2.

Wing, Lorna y Judith Gould (1979). "Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification". En: *Journal of Autism and Developmental Disorders* 9.1, págs. 11-29.
World Health Organization (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. Geneva: World Health Organization.
— (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. 11. Disponible en https://icd.who.int/. Geneva: World Health Organization.
— (2024). *Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements for ICD-11 Mental, Behavioural and Neurodevelopmental Disorders*. Geneva: World Health Organization. ISBN: 9789240077263.