

Más allá del diagnóstico

Práctica neuroafirmativa, derechos y lo que la psicoeducación
suele omitir

Documento de psicoeducación, análisis crítico y marco de derechos humanos

Dra. Ana María Merico-Stephens

NeuroRebel | Ma'alob Kuxtal | Profesora Emérita de Derecho Constitucional

Mujer autista. Diagnóstico tardío.

Foro Construyendo Redes de Apoyo para la Población Neurodivergente

Mayo de 2026

*La actualización deja de ser un lujo académico. Se convierte en una condición de
calidad profesional.*

www.neurorebel.org

Nota de uso

Cómo leer este documento

Este documento acompaña la ponencia **Más allá del diagnóstico: práctica neuroafirmativa, derechos y lo que la psicoeducación suele omitir**, presentada en el Foro Construyendo Redes de Apoyo para la Población Neurodivergente.

Su propósito es ofrecer un marco de psicoeducación, análisis crítico y derechos humanos para profesionales, familias, docentes y comunidades neurodivergentes. No sustituye evaluación clínica, diagnóstico ni tratamiento. Tampoco pretende enseñar técnica psicoterapéutica. Su ambición es otra: ampliar la mirada desde la que se interpreta la experiencia neurodivergente.

Una práctica neuroafirmativa sería necesita algo más que sensibilidad. Necesita conocimiento actualizado, escucha rigurosa, humildad profesional, comprensión de los límites de los instrumentos y un compromiso real con la dignidad de la persona.

Idea central

Cuando un sistema intenta apoyar a una persona neurodivergente desde un paradigma desactualizado, puede producir daño incluso con buenas intenciones. La buena voluntad no reemplaza la actualización.

Contenido

01. La linterna clínica
02. Por qué la actualización importa
03. Enmascaramiento y diagnóstico tardío
04. Teoría de la mente, doble empatía y monotropismo
05. Burnout autista y errores de interpretación
06. Tres fallas epistemológicas
07. Práctica neuroafirmativa con contenido
08. Cuatro preguntas para profesionales
09. Derechos humanos y acceso a salud
10. Cierre: escuchar también es una forma de justicia

Referencias y sobre NeuroRebel

La linterna clínica

Una metáfora para pensar diagnóstico, poder y reconocimiento

Una linterna puede ser una herramienta extraordinaria. Permite orientarse en la oscuridad, encontrar lo que parecía perdido, enfocar detalles que la mirada cotidiana no alcanza. Pero una linterna también tiene un límite: ilumina aquello hacia donde fue orientada.

Durante décadas, la linterna clínica del autismo estuvo calibrada para encontrar un perfil limitado: un niño, generalmente varón, con señales conductuales visibles, dificultades sociales interpretadas desde afuera y una forma de sufrimiento que encajaba con las imágenes dominantes del autismo.

Muchas personas quedaron fuera del haz de luz: mujeres, adultos, personas que enmascaran, personas elocuentes, personas con altas capacidades, personas con trayectorias académicas o profesionales, personas que sostuvieron durante años una vida aparentemente funcional mientras pagaban un costo interno altísimo.

El problema no siempre fue ausencia de evidencia. A veces la evidencia estaba ahí: en los patrones sensoriales, en el agotamiento, en la historia de aislamiento, en la necesidad de rutinas, en la dificultad para sostener demandas sociales, en la precisión casi desesperada con la que una persona intenta explicar su experiencia. La linterna simplemente apuntaba hacia otro lado.

Una mirada neuroafirmativa no descarta la clínica. Tampoco desprecia los instrumentos. La propuesta es más exigente: recalibrar la luz, revisar qué se aprendió a buscar, ampliar las preguntas y reconocer que la experiencia neurodivergente pertenece al conjunto de evidencias que la evaluación debe tomar en serio.

La tarea exige otra calibración de la mirada.

Esta metáfora también permite ubicar el lugar de los derechos humanos. La falta de reconocimiento no afecta solamente la identidad subjetiva de una persona. Afecta el acceso a apoyos, a ajustes razonables, a salud mental, a educación, a empleo, a entornos menos dañinos y a decisiones informadas sobre la propia vida.

Por eso hablar de diagnóstico tardío, enmascaramiento o práctica neuroafirmativa no pertenece solo al campo de la sensibilidad interpersonal. Pertenece también al campo de la calidad profesional, la justicia epistémica y el acceso a derechos.

02

Por qué la actualización importa

Los instrumentos no interpretan solos

Los manuales diagnósticos y los instrumentos de evaluación son herramientas importantes. Permiten ordenar información, establecer umbrales, reducir arbitrariedad y orientar decisiones. La dificultad aparece cuando se les trata como si agotaran todo el campo de conocimiento sobre el autismo.

Los criterios diagnósticos describen umbrales. No agotan la fenomenología autista. No contienen toda la investigación sobre enmascaramiento, burnout autista, doble empatía, monotropismo, perfiles femeninos, adultos con diagnóstico tardío, experiencias sensoriales complejas, comunicación alternativa o los costos de la normalización.

La evaluación nunca ocurre en el vacío. Siempre hay una mirada humana interpretando lo que aparece y también lo que no aparece. Esa mirada puede estar actualizada o puede estar organizada por mitos clínicos heredados. Puede leer la elocuencia como exclusión del autismo, el contacto visual como prueba de ausencia, el desempeño académico como evidencia de bajo sufrimiento, o el relato propio como sugestibilidad.

Una evaluación puede fallar cuando usa una mala herramienta. También puede fallar cuando usa una buena herramienta con una teoría vieja.

Línea clave para profesionales

Usar herramientas diagnósticas requiere conocer sus límites, actualizar el marco interpretativo y preguntar qué condiciones podrían estar haciendo menos visibles ciertos rasgos.

La actualización importa porque la investigación cambia las preguntas. Durante años se preguntó si la persona autista hacía suficiente contacto visual. Hoy también debemos preguntar qué costo sensorial, cognitivo o emocional tiene sostener esa mirada. Durante años se preguntó si la persona podía conversar. Hoy también debemos preguntar cuánta energía consume esa conversación, cuánto guion interno requiere y qué ocurre después.

La actualización importa porque muchos perfiles autistas no fueron el centro de la investigación clásica. Las mujeres, los adultos, las personas racializadas, las personas con altas capacidades, quienes viven en contextos de pobreza o quienes no acceden a evaluaciones especializadas han sido interpretados con marcos incompletos.

La actualización importa porque el lenguaje profesional moldea la vida. Una persona puede recibir apoyo o descrédito según la teoría con la que se lea su historia.

03

Enmascaramiento y diagnóstico tardío

Cuando parecer funcional oculta el costo de funcionar

El enmascaramiento, conocido en la literatura en inglés como camouflaging o masking, describe estrategias conscientes e inconscientes que muchas personas autistas desarrollan para parecer neurotípicas o para reducir el castigo social asociado a mostrarse distintas.

Puede incluir mirar a los ojos aunque resulte incómodo, imitar gestos, preparar conversaciones de antemano, suprimir movimientos reguladores, estudiar reglas sociales, copiar expresiones, actuar espontaneidad o aprender a parecer tranquila mientras el cuerpo está en sobrecarga.

El enmascaramiento puede abrir puertas. Puede permitir estudiar, trabajar, criar, sostener relaciones, evitar burlas o reducir conflictos. También puede producir un costo enorme: fatiga, ansiedad,

desconexión corporal, pérdida de espontaneidad, dificultad para identificar necesidades propias, burnout y retraso diagnóstico.

Aquí conviene hacer una precisión clínica importante. El enmascaramiento no aparece como criterio diagnóstico independiente. Nadie recibe un diagnóstico de autismo “por enmascarar”. Pero el DSM reconoce que los rasgos pueden estar presentes desde el desarrollo temprano y hacerse plenamente visibles solo cuando las demandas sociales exceden las capacidades de la persona, o quedar enmascarados por estrategias aprendidas más adelante en la vida.

Esa observación cambia la lectura clínica. Una evaluación seria no puede limitarse a preguntar: “¿veo el rasgo?”. También debe preguntar: “¿qué ha aprendido esta persona a ocultar, compensar o traducir para sobrevivir socialmente?”.

El enmascaramiento no es un criterio diagnóstico independiente. Puede ser una condición que afecta la visibilidad de los criterios.

En adultos con diagnóstico tardío, especialmente mujeres, el problema no consiste en que el autismo aparezca tarde. El patrón más frecuente es otro: el sistema llega tarde a reconocerlo.

Por eso una práctica actualizada debe explorar historia de vida, experiencias sensoriales, patrones de agotamiento, estrategias de compensación, relaciones sociales, costo posterior a la interacción, rigidez cognitiva, intereses intensos, diferencias pragmáticas y episodios de colapso o pérdida de habilidades.

La pregunta “¿parece autista?” puede ser demasiado pobre. Una pregunta más responsable sería: “¿Qué estoy dejando de ver porque esta persona aprendió a sobrevivir demasiado bien?”.

04

Teoría de la mente, doble empatía y monotropismo

Quién formula la pregunta importa

Para entender por qué la actualización importa, hay que mirar brevemente la historia de las preguntas que la investigación hizo sobre el autismo.

Durante décadas, una de las explicaciones más influyentes fue la teoría de la mente. En términos simples, esta teoría se preguntaba si las personas autistas tenían dificultad para inferir lo que otras personas piensan, creen, desean o sienten. Esa línea de investigación produjo hallazgos importantes. La dificultad aparece cuando una pregunta experimental se convierte en una lente casi total: el autismo empieza a entenderse demasiado rápido como falla interna para comprender la mente ajena.

Cuando esa es la lente dominante, la consulta busca déficit individual. Busca lo que la persona autista no hace, no capta, no interpreta, no responde.

Otras preguntas empezaron a cambiar el campo. Damian Milton, investigador autista, propuso el problema de la doble empatía: la dificultad comunicativa entre personas autistas y no autistas puede ser bidireccional. No vive solamente dentro de la persona autista. Aparece en el encuentro entre estilos cognitivos, comunicativos y experienciales distintos.

La teoría del monotropismo, desarrollada por Dinah Murray, Mike Lesser y Wenn Lawson, también aportó otro ángulo: muchas experiencias autistas pueden entenderse desde la distribución de la atención, la intensidad de los intereses, la carga cognitiva y la dificultad de cambiar de foco cuando el mundo exige demasiados canales abiertos al mismo tiempo.

Lección epistemológica

Las teorías no solo explican. También entrenan la mirada. Si la pregunta es “¿qué déficit social tiene esta persona?”, veremos una cosa. Si la pregunta es “¿qué ocurre entre dos formas distintas de procesar, atender y comunicar?”, vemos otra.

Este punto es decisivo para la práctica neuroafirmativa. La experiencia vivida no reemplaza el método, pero puede revelar preguntas que el método, desde afuera, nunca aprendió a formular.

Que Milton y Lawson sean investigadores autistas importa por esa razón. No porque la identidad convierta cualquier afirmación en verdad automática. Importa porque ciertas experiencias otorgan acceso a preguntas distintas. Cuando las personas autistas entran a la producción de conocimiento, no solo aportan testimonio. Aportan hipótesis. Cambian el ángulo de la linterna.

Esa es una de las lecciones más profundas del paradigma de la neurodiversidad: la población neurodivergente no debe ocupar solamente el lugar de objeto de estudio. También debe ocupar el lugar de productora de teoría, crítica, evidencia situada y criterio ético.

05

Burnout autista y errores de interpretación

Cuando el mapa clínico no contiene la categoría correcta

El burnout autista se ha documentado como una experiencia de agotamiento profundo asociada a la acumulación prolongada de demandas, enmascaramiento, sobrecarga sensorial, falta de apoyos y esfuerzos constantes por funcionar en entornos que no fueron diseñados para la neurología de la persona.

Puede incluir agotamiento extremo, pérdida temporal de habilidades, incremento de sensibilidad sensorial, dificultad para comunicarse, retirada social y disminución de tolerancia a demandas cotidianas. Puede coexistir con depresión, ansiedad u otros cuadros, y por eso requiere cuidado clínico. Pero su arquitectura merece ser entendida con precisión.

Cuando el burnout autista se interpreta solo como depresión, resistencia al tratamiento, falta de motivación, oposición, fragilidad o desregulación inexplicable, la intervención puede quedar mal orientada. La persona recibe esfuerzos para “funcionar mejor” cuando necesita reducir demandas, ajustar entornos, recuperar energía, comprender su perfil y dejar de pagar el costo de una adaptación permanente.

La pregunta clínica no debería limitarse a “¿qué síntomas presenta?”. También necesita preguntar: “¿qué condiciones han llevado al sistema nervioso de esta persona a un punto donde seguir compensando ya no es posible?”.

Muchas veces nadie pregunta cuánto cuesta parecer funcional.

Este punto no acusa a profesionales individuales como si todos actuaran con mala fe. Muchas personas trabajan con compromiso genuino y con las herramientas que recibieron. La crítica apunta a los límites de una formación que no siempre incorporó lo que la investigación y las voces autistas empezaron a documentar con mayor claridad.

Una categoría ausente puede producir daño. Cuando el mapa clínico no contiene burnout autista, la persona puede ser enviada a recorrer tratamientos que no alcanzan el centro del problema. Cuando el mapa clínico no contiene enmascaramiento, la persona puede ser descartada por “funcionar demasiado bien”. Cuando el mapa clínico no contiene doble empatía, la comunicación neurodivergente puede interpretarse como falta de voluntad o déficit unilateral.

Actualizar el mapa no es lujo teórico. Es una forma de cuidado.

06

Tres fallas epistemológicas

Quién decide qué cuenta como evidencia

Epistemología es una palabra académica para una pregunta profundamente cotidiana: cómo conocemos, quién interpreta, qué cuenta como evidencia y a quién se le cree.

En el campo de la neurodivergencia, esta pregunta tiene consecuencias clínicas, familiares, escolares y jurídicas. Muchas experiencias de diagnóstico tardío y de mala interpretación pueden leerse a través de tres fallas epistemológicas.

1. El mito como puerta de entrada

La frase suele comenzar con una fórmula conocida: “autista no puedes ser porque...”. Después viene algún rasgo que contradice el estereotipo: porque miras a los ojos, porque hablas bien, porque estudiaste una carrera, porque tienes pareja, porque eres madre, porque tienes amigos, porque entiendes metáforas, porque sonríes, porque pareces normal.

Ese razonamiento toma una imagen reducida del autismo y la convierte en frontera. Quien no encaja en la imagen queda fuera de la posibilidad de ser comprendido. Los mitos clínicos parecen observaciones, pero una observación interpretada desde una teoría pobre puede cerrar una puerta diagnóstica.

2. La experiencia traducida automáticamente como patología

Muchas personas neurodivergentes describen experiencias muy concretas: el ruido agota, las luces duelen, los cambios de plan desorganizan, la socialización exige recuperación, ciertas texturas son intolerables, el cuerpo necesita movimiento, el lenguaje ambiguo consume energía.

Cuando estas experiencias se escuchan solo como síntomas individuales que deben corregirse, el entorno desaparece del análisis. Y cuando el entorno desaparece, la persona queda convertida en el único problema visible.

Una práctica neuroafirmativa pregunta qué parte del sufrimiento viene de la neurología y qué parte viene de las condiciones en que esa neurología está obligada a funcionar.

3. El testimonio propio bajo sospecha

Una persona adulta puede llegar a consulta con años de observación de sí misma, lecturas, patrones, recuerdos, preguntas, sospechas fundadas. A veces la respuesta llega demasiado rápido: “eso está de moda”, “lo viste en redes”, “te estás sugestionando”, “lees demasiado”.

La filosofía llama injusticia epistémica a situaciones en las que el conocimiento de una persona recibe menos credibilidad por prejuicios asociados a quién es esa persona. En salud mental, esto ocurre cuando el conocimiento profesional se trata como objetivo por defecto y el conocimiento de la persona sobre sí misma se trata como contaminado por defecto.

Tomar en serio el testimonio propio no significa confirmar automáticamente todo lo que la persona cree sobre sí misma. Significa incorporarlo como evidencia relevante, situada e indispensable para comprender el caso.

Distinción central

El testimonio propio no reemplaza la evaluación. La evaluación pierde calidad cuando lo descarta.

07

Práctica neuroafirmativa con contenido

Una palabra necesaria necesita evitar convertirse en decoración

“Neuroafirmativo” es un término necesario. También es un término vulnerable al desgaste. Cuando una palabra empieza a circular mucho, puede convertirse en etiqueta decorativa: algo que suena bien en una biografía profesional, una página de servicios o un cartel de evento.

La pregunta importante es otra: ¿qué cambia en la consulta, en el aula, en la familia o en la institución cuando una práctica se llama neuroafirmativa?

Si nada cambia, la palabra perdió sustancia.

Una práctica neuroafirmativa reconoce la neurodivergencia como variación humana real, toma en serio los apoyos que puede requerir, evita convertir la normalidad en meta terapéutica y coloca la dignidad de la persona en el centro. No reduce la intervención a celebración identitaria. Tampoco abandona el acompañamiento clínico, educativo o familiar. Cambia la meta: reducir sufrimiento, ampliar agencia, construir apoyos, comprender la experiencia y adaptar entornos.

En estudios recientes sobre psicología neuroafirmativa para adultos autistas aparecen principios como aprendizaje continuo, seguridad para ser una misma, flexibilidad comunicativa, humildad, validación, apoyo centrado en la persona y aceptación genuina del autismo. Traducido a la práctica cotidiana, hay cuatro urgencias.

Primera urgencia: aprendizaje continuo desde voces neurodivergentes

No basta haber leído el DSM o haber visto autismo en la universidad. El campo ha cambiado. Burnout autista, enmascaramiento, doble empatía, monotropismo, daño por normalización, ajustes sensoriales y comunicación alternativa son parte de una conversación que exige actualización constante. Escuchar voces neurodivergentes no es cortesía. Es método.

Segunda urgencia: flexibilidad comunicativa

Una práctica neuroafirmativa acepta silencios, escritura, respuestas pausadas, movimiento, falta de contacto visual, necesidad de estructura, comunicación aumentativa o procesamiento posterior. No penaliza la diferencia comunicativa antes de intentar comprenderla.

Tercera urgencia: humildad y reflexividad

La humildad profesional permite decir: “esto necesito estudiarlo mejor”, “mi formación tiene límites”, “quiero entender cómo se manifiesta esto en tu vida”. La reflexividad exige revisar sesgos sobre inteligencia, lenguaje, conducta, dolor, regulación, género, clase, raza y soporte familiar.

Cuarta urgencia: adaptar entornos

Durante demasiado tiempo se entrenó a la persona neurodivergente para tolerar mejor el entorno. Una mirada neuroafirmativa pregunta qué puede cambiar en el entorno para que la persona no gaste toda su energía en sobrevivir antes de aprender, trabajar, vincularse o descansar.

08

Cuatro preguntas para profesionales

Un pequeño instrumento de reflexión

Estas cuatro preguntas no sustituyen formación especializada. Funcionan como una herramienta inicial de reflexividad para consultas, aulas, procesos de evaluación, acompañamiento familiar o diseño institucional.

1. ¿Qué estoy interpretando desde mi propio marco?

Toda persona profesional mira desde una formación, una historia, una cultura y un conjunto de expectativas. La pregunta no busca culpa. Busca precisión.

2. ¿Qué demanda ambiental estoy pasando por alto?

Ruido, luz, espera, incertidumbre, lenguaje ambiguo, cambios repentinos, sobrecarga social o falta de anticipación pueden transformar una situación ordinaria en una demanda excesiva.

3. ¿Qué testimonio estoy descartando demasiado rápido?

El relato de la persona, la observación de la familia, la comunicación no oral o la conducta como

señal de dolor pueden contener información decisiva.

4. ¿Qué ajuste reduciría el costo de estar aquí?

Menos luz. Menos ruido. Más anticipación. Más claridad. Comunicación escrita. Pausas. Movimiento. Tiempo de procesamiento. La accesibilidad a veces empieza con detalles que permiten respirar.

Una práctica cambia cuando sus preguntas cambian. Y una red de apoyo se vuelve real cuando las personas dejan de pedirle a la persona neurodivergente que pague sola el costo de la inclusión.

09

Derechos humanos y acceso a salud

La dignidad organiza obligaciones

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad reconoce el derecho de las personas con discapacidad al más alto nivel posible de salud sin discriminación. También exige atención de la misma calidad, consentimiento libre e informado, dignidad, autonomía y formación profesional sobre las necesidades de las personas con discapacidad.

Este marco importa porque la práctica neuroafirmativa no vive solamente en el terreno de la sensibilidad personal. También vive en el terreno de las obligaciones institucionales.

Cuando una familia no puede encontrar profesionales actualizados, cuando una persona adulta es descartada en cinco minutos por un mito, cuando una niña autista es leída durante años como exagerada o malcriada, cuando una persona que no habla oralmente es tratada como si no tuviera perspectiva propia, estamos frente a algo más amplio que anécdotas aisladas.

Estamos frente a barreras de acceso.

Y las barreras de acceso son un problema de derechos.

La dignidad no depende de la buena voluntad de quien atiende. La dignidad organiza obligaciones.

Hablar de derechos aquí no implica convertir cada consulta difícil en litigio. Implica recordar que el acceso a salud mental de calidad requiere formación, actualización, consentimiento, comunicación accesible, ajustes razonables y reconocimiento de la autonomía de las personas neurodivergentes.

Una perspectiva de derechos también protege a familias y profesionales. Ayuda a distinguir entre buenas intenciones y prácticas efectivamente accesibles. Permite pasar del “yo trato bien a mis pacientes” a preguntas más verificables: ¿qué ajustes ofrezco?, ¿qué sesgos reviso?, ¿qué formación actualizo?, ¿qué formas de comunicación acepto?, ¿qué decisiones comparto?, ¿qué barreras elimino?

10

Escuchar también es una forma de justicia

Cierre

Una red de apoyo empieza cuando alguien decide mirar mejor.

Mirar mejor significa reconocer que muchas personas neurodivergentes no llegaron tarde a sí mismas por falta de introspección, inteligencia o esfuerzo. Llegaron tarde porque los sistemas disponibles no tenían suficiente lenguaje, suficiente investigación incorporada o suficiente humildad para reconocerlas.

Mirar mejor significa entender que la psicoeducación no debe limitarse a explicar etiquetas. Debe ofrecer herramientas para que familias, profesionales y personas neurodivergentes puedan nombrar patrones, pedir apoyos, revisar prácticas y construir entornos menos dañinos.

Mirar mejor significa aceptar que la actualización profesional no es ornamento académico. Es cuidado. Es calidad. Es acceso.

Mirar mejor significa recordar que la experiencia neurodivergente pertenece al conjunto de evidencias que la evaluación debe tomar en serio.

Y escuchar, cuando se hace con rigor, con humildad y con consecuencias prácticas, puede ser una forma de justicia.

Para llevar

Conocimiento actualizado. Escucha rigurosa. Flexibilidad comunicativa. Entornos adaptados. Derechos humanos. Esa es la base mínima de una práctica neuroafirmativa con contenido.

REFERENCIAS

Bibliografía seleccionada

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed., text rev.)*. American Psychiatric Association Publishing.

Arnold, S. R. C., Higgins, J. M., Weise, J., Desai, A., Pellicano, E., & Trollor, J. N. (2023). Confirming the nature of autistic burnout. *Autism, 27*(7), 1906-1918.

Bargiela, S., Steward, R., & Mandy, W. (2016). The experiences of late-diagnosed women with autism spectrum conditions. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 46*(10), 3281-3294.

Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a theory of mind? *Cognition, 21*(1), 37-46.

Flower, R. L., Benn, R., Bury, S., et al. (2025). Defining neurodiversity affirming psychology practice for autistic adults: A Delphi study integrating psychologist and client perspectives. *Autism in Adulthood*. <https://doi.org/10.1089/aut.2024.0305>

Fricker, M. (2007). *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*. Oxford University Press.

Hull, L., Mandy, W., Lai, M. C., Baron-Cohen, S., Allison, C., Smith, P., & Petrides, K. V. (2019). Development and validation of the Camouflaging Autistic Traits Questionnaire (CAT-Q). *Journal of Autism and Developmental Disorders, 49*, 819-833.

Hull, L., Lai, M. C., Baron-Cohen, S., Allison, C., Smith, P., Petrides, K. V., & Mandy, W. (2020). Gender differences in self-reported camouflaging in autistic and non-autistic adults. *Autism, 24*(2), 352-363.

Milton, D. E. M. (2012). On the ontological status of autism: The double empathy problem. *Disability & Society, 27*(6), 883-887.

Minutoli, R., Marraffa, C., Failla, C., Pioggia, G., & Marino, F. (2026). Female gender and autism: Underdiagnosis and misdiagnosis, clinical and scientific urgency. *Frontiers in Psychiatry, 16*, 1704579. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1704579>

Murray, D., Lesser, M., & Lawson, W. (2005). Attention, monotropism and the diagnostic criteria for autism. *Autism*, 9(2), 139-156. <https://doi.org/10.1177/1362361305051398>

Naciones Unidas. (2006). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Artículo 25: Salud.

Raymaker, D. M., Teo, A. R., Steckler, N. A., Lentz, B., Scharer, M., Delos Santos, A., Kapp, S. K., Hunter, M., Joyce, A., & Nicolaidis, C. (2020). Having all of your internal resources exhausted beyond measure and being left with no clean-up crew: Defining autistic burnout. *Autism in Adulthood*, 2(2), 132-143.

Tubío-Fungueiriño, M., Cruz, S., Sampaio, A., Carracedo, A., & Fernández-Prieto, M. (2021). Social camouflaging in females with autism spectrum disorder: A systematic review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51, 2190-2199.

SOBRE NEUROREBEL

Investigación, derechos y neurodivergencia

NeuroRebel es una plataforma de educación sobre neurodivergencia que traduce investigación, experiencia vivida y marcos de derechos humanos para comunidades neurodivergentes, familias, profesionales y espacios institucionales.

Su trabajo busca construir puentes entre rigor académico y lenguaje público: explicar sin simplificar en exceso, humanizar sin perder precisión, y sostener que la dignidad neurodivergente requiere conocimiento, cultura y derechos.

Contacto y recursos

Sitio web: www.neurorebel.org

Podcast y redes: NeuroRebel

Para conferencias, colaboraciones o formación: [consultar neurorebel.org](http://consultar.neurorebel.org)

© 2026 Ana María Merico-Stephens | NeuroRebel. Documento de libre descarga para uso educativo con atribución.