



Revista Iberoamericana de Derecho, Cultura y Ambiente



Edición Nº 9 – Julio de 2026

Capítulo de Discapacidad y Derechos

www.aidca.org/revista

LA DIVERSIDAD BAJO LA LENTE DE LA NORMALIDAD

Por Gonzalo Yoel Rivero¹

Introducción

Los seres humanos compartimos numerosas características que permiten reconocer experiencias comunes, pero también presentamos diferencias que vuelven singular la forma en que cada persona habita el mundo. La edad, el género, la cultura, la historia personal, los recursos disponibles o las relaciones que construimos con nuestro entorno hacen que ninguna experiencia pueda explicarse completamente a partir de la de otra persona. Sin embargo, comprender cada experiencia individual sería considerablemente más difícil si no compartiera ningún rasgo con las demás. Precisamente porque cada experiencia es simultáneamente singular y compartida, comprender al otro exige encontrar un

¹ Psicólogo. Diplomado en Discapacidad y Derechos y en Prevención y Abordaje de Violencia de Género. Titular de la Coordinación Interdisciplinaria Jurisdiccional del Observatorio de la Discapacidad del Consejo de la Magistratura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.



delicado equilibrio entre reconocer aquello que lo hace único y recuperar los aprendizajes que la humanidad ha construido a partir de experiencias semejantes.

Comprender supone escuchar, pero toda escucha se realiza desde una determinada lente. Esa lente está conformada por nuestros conocimientos, nuestras experiencias, nuestras preguntas y también por nuestros prejuicios. No observamos la realidad desde un punto de vista neutro; la interpretamos a partir de estructuras que nos permiten seleccionar aquello que consideramos relevante y otorgarle significado. En este sentido, comprender no consiste únicamente en describir aquello que observamos, sino en construir una explicación que permita organizar esa experiencia. Como advierte Foucault (1966/2004), la medicina moderna fue construyendo una forma específica de mirar, en la que aquello que se vuelve visible depende tanto del objeto observado como de la estructura desde la cual se lo observa.

En este marco, el conocimiento científico representa probablemente el esfuerzo más sistemático por revisar críticamente esas formas de interpretar la realidad. A través de procedimientos compartidos, discusión entre pares y revisión permanente, intenta reducir la influencia de la subjetividad individual para construir explicaciones cada vez más consistentes. No obstante, reducir la subjetividad no implica eliminarla. Toda producción de conocimiento continúa formulando preguntas, seleccionando categorías e interpretando los fenómenos desde marcos conceptuales contruidos históricamente. Las preguntas que la ciencia formula, las categorías que construye y las respuestas que considera válidas siempre emergen en un contexto determinado y responden, al menos en parte, a las preocupaciones y formas de pensar propias de una época.

De igual forma, clasificar constituye una condición necesaria para construir conocimiento. Las categorías permiten reconocer regularidades, recuperar aprendizajes previos y orientar nuevas formas de comprensión. Sin ellas, cada experiencia debería analizarse como si fuera completamente inédita. Sin embargo, esas mismas categorías delimitan aquello que logramos ver y aquello que permanece fuera de nuestro campo de observación. Toda categoría constituye



una simplificación de la realidad: resulta indispensable para comprenderla, pero nunca logra abarcar completamente la complejidad de aquello que pretende explicar.

Entre las categorías que estructuran nuestro modo de interpretar el mundo, pocas han tenido tanta influencia como la distinción entre lo normal y lo patológico. Habitualmente, se presentan como conceptos objetivos, capaces de separar aquello que funciona adecuadamente de aquello que requiere ser corregido. Sin embargo, como sostiene Canguilhem (1971), la normalidad no constituye un dato natural, sino una forma particular de valorar la vida y el funcionamiento de los individuos. Desde esta perspectiva, lo patológico deja de ser únicamente una desviación respecto de una media estadística para convertirse también en una categoría atravesada por criterios históricos, culturales, políticos y sociales.

Esta cuestión adquiere especial relevancia cuando esas categorías dejan de funcionar como herramientas de comprensión y comienzan a producir significados que exceden aquello que originalmente pretendían describir. En ese sentido, Sontag (1978) advertía del peligro que emerge de olvidar los límites y alcances de la patología, sosteniendo que la forma más saludable de estar enfermo es una “purificada de, y resistente al, pensamiento metafórico” (p. 3, traducción propia). Sin embargo, la historia demuestra que las enfermedades —y, por extensión, muchas categorías diagnósticas— rara vez permanecen limitadas a una función descriptiva. Con frecuencia se transforman en explicaciones acerca de la identidad, el carácter o incluso el valor de las personas.

En esta misma línea, Foucault (1966/2004) explica que la medicina moderna no se enfoca realmente en escuchar a la persona, sino en localizar su problema en el mapa físico de su cuerpo. El paciente, con toda su historia y su singularidad, pasa a un segundo plano para convertirse en un simple envase de la anatomía que se quiere estudiar e intervenir. De este modo, la mirada clínica hace a un lado al sujeto para concentrarse únicamente en la enfermedad:

"Para conocer la verdad del hecho patológico, el médico debe abstraerse del enfermo: [...] Paradójicamente, el paciente es un hecho



exterior en relación a aquello por lo cual sufre; la lectura del médico no debe tomarlo en consideración sino para meterlo entre paréntesis" (p. 21).

Esta afirmación expresa uno de los principales riesgos que atraviesan toda práctica diagnóstica: que la herramienta construida para comprender la experiencia termine desplazando la experiencia misma de quien la vive. A partir de ello surge el interrogante que orienta este artículo: **¿qué sucede cuando el diagnóstico deja de orientar la comprensión de la experiencia subjetiva para convertirse en la lente a través de la cual esa experiencia es definida?**

La construcción histórica de la normalidad

Recuperando el análisis previo, las categorías constituyen herramientas para organizar el conocimiento, por lo que resulta esperable que evolucionen junto con el conocimiento que las produce. En efecto, lejos de representar verdades inmutables acerca de la experiencia humana, los diagnósticos responden a formas históricas de comprender determinados fenómenos y, por ello, permanecen en constante revisión. Cada época formula nuevas preguntas, desarrolla diferentes marcos conceptuales y reorganiza sus categorías a medida que busca ampliar la comprensión de la realidad.

La historia de la salud mental constituye un claro ejemplo de este proceso. Tal como desarrolla Foucault (1961/2006), el sufrimiento subjetivo y las problemáticas de salud mental que aún solemos denominar trastornos mentales fueron interpretados de maneras profundamente distintas a lo largo del tiempo. En este sentido, explica que fueron concebidos sucesivamente como manifestaciones de fuerzas sobrenaturales, como desvíos morales, como amenazas para el orden social y como objeto del saber médico. Estas transformaciones no implicaron necesariamente un cambio en las personas, sino en la forma en que cada sociedad interpretó aquello que se apartaba de sus criterios de normalidad.

La construcción de estos criterios de normalidad no solo permitió clasificar determinadas formas de funcionamiento, sino también legitimar prácticas dirigidas



a corregir aquello que se apartaba de ellas. El aislamiento de las personas consideradas "locas", la institucionalización de personas con discapacidad, las intervenciones destinadas a modificar orientaciones sexuales o identidades de género y numerosas estrategias educativas orientadas a normalizar comportamientos constituyen distintas expresiones históricas de una misma lógica: comprender la diferencia como un problema que debía ser corregido antes que como una manifestación propia de la diversidad humana. De este modo, la categoría diagnóstica deja de limitarse a describir una realidad para transformarse en un criterio que orienta las formas socialmente aceptadas de intervenir sobre ella.

En otras palabras, la construcción histórica de la normalidad dio origen también a una lógica de normalización, en la que las diferencias comenzaron a ser interpretadas principalmente en función de su mayor o menor distancia respecto de aquello que una sociedad consideraba esperable.

Esta evolución tampoco constituye un fenómeno exclusivo de la salud mental. Conrad (2007) sostiene que el proceso de medicalización ha ampliado progresivamente el alcance de la medicina hacia experiencias que anteriormente eran comprendidas desde perspectivas morales, educativas o sociales. En consecuencia, aspectos cada vez más amplios de la vida cotidiana comenzaron a ser redefinidos como problemas médicos susceptibles de diagnóstico e intervención. De este modo, el diagnóstico no solo permite describir determinadas experiencias, sino que también delimita cuáles de ellas pasan a ser consideradas objeto del conocimiento científico.

En este sentido, Conrad plantea que la medicalización comienza cuando una situación es definida en términos médicos. De este modo, la capacidad de establecer qué constituye un problema de salud deja de ser una cuestión exclusivamente descriptiva para convertirse también en una forma de poder y control social, en tanto determina qué experiencias serán objeto de intervención, quiénes serán considerados pacientes y cuáles serán las respuestas socialmente aceptadas frente a esas situaciones.



Asimismo, frente a una lógica médica estructurada sobre parámetros de normalidad inamovibles, se corre el riesgo de que este enfoque reduccionista se extienda a otros espacios sociales. Esto no solo estrecha los márgenes de la tolerancia colectiva, sino que termina por definir el rol y el valor de los individuos en función de su distancia respecto a la norma.

Esta historicidad también puede observarse en la evolución de los propios manuales diagnósticos. Como señala Davies (2013), las sucesivas ediciones del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) incorporaron nuevas categorías, modificaron criterios diagnósticos y eliminaron otras previamente aceptadas. Estos cambios no respondieron únicamente a nuevos hallazgos científicos, sino también a procesos de discusión, negociación y consenso dentro de la comunidad profesional. Lejos de debilitar el conocimiento científico, esta permanente revisión constituye precisamente una de sus principales fortalezas: la posibilidad de cuestionar críticamente sus propias categorías cuando dejan de representar adecuadamente la complejidad de los fenómenos que intentan explicar.

Siguiendo esta línea, reconocer el carácter histórico del diagnóstico no implica relativizar su utilidad, sino comprender que las categorías clínicas constituyen herramientas dinámicas de interpretación antes que descripciones definitivas de la realidad. Precisamente, uno de los cambios paradigmáticos más relevantes de las últimas décadas ha sido el modelo social de la discapacidad y, posteriormente, el desarrollo del concepto de neurodiversidad, que propone revisar la forma en que tradicionalmente se interpretó la diferencia.

La perspectiva de la neurodiversidad parte de una premisa diferente a la que históricamente predominó en la práctica diagnóstica. Mientras el modelo patologizante toma la normalidad como punto de referencia y comprende las diferencias principalmente como desviaciones respecto de ese funcionamiento esperado, la neurodiversidad propone entender la variabilidad neurológica como una expresión propia de la diversidad humana. Desde esta perspectiva, la



diferencia deja de constituir, por definición, un déficit o una alteración que requiere ser corregida.

Este cambio no consiste únicamente en dejar de considerar determinadas diferencias como enfermedades. Supone, principalmente, abandonar la idea de que existe una única forma legítima de funcionar desde la cual evaluar todas las demás. La diversidad deja de comprenderse como una excepción respecto de la normalidad para convertirse en el punto de partida desde el cual interpretar la experiencia humana. En consecuencia, aquello que tradicionalmente era entendido como desvío comienza a ser analizado en relación con el contexto social que produce las condiciones bajo las cuales esa diferencia puede resultar discapacitante, excluyente o generadora de sufrimiento.

En esta misma línea, Walker (2021) sostiene que el paradigma patologizante no representa una verdad científica incuestionable, sino una manera culturalmente construida de interpretar determinadas formas de funcionamiento. De acuerdo con la autora, en la raíz de este modelo clínico tradicional se encuentra "la asunción de que existe un único estilo 'correcto' de funcionamiento neurocognitivo humano" (p. 2, traducción propia), lo cual reduce toda variación divergente a una patología médica, daño o déficit.

Asimismo, Armstrong (2010) cuestiona la búsqueda de un supuesto cerebro "normal" y propone reconocer que las distintas configuraciones neurológicas pueden implicar tanto desafíos como fortalezas, sin que ello justifique reducirlas exclusivamente a una lógica deficitaria.

Por su parte, Silberman (2015), al reconstruir la historia del autismo, muestra cómo las transformaciones en la comprensión de esta condición modificaron no solo las formas de intervención, sino también la manera en que las propias personas comenzaron a interpretar su experiencia.

Este cambio de perspectiva también permite revisar críticamente numerosos procesos de patologización que han atravesado la historia de la medicina y de la salud mental. Diversas expresiones de la sexualidad, las identidades de género y otras formas de experimentar la diferencia fueron



consideradas durante décadas manifestaciones patológicas, no porque existieran evidencias que demostraran un deterioro inherente a ellas, sino porque se apartaban de las expectativas sociales predominantes.

La posterior revisión de estas categorías no implicó que las personas hubieran cambiado, sino que cambió la forma en que la sociedad comprendía esas diferencias. Por lo tanto, este recorrido histórico pone de manifiesto que aquello que una época considera patológico puede responder, en muchos casos, a la aplicación de criterios de normalidad social más que a la existencia de una alteración clínica concreta.

En este sentido, el modelo social de la discapacidad aporta un elemento fundamental para comprender el alcance del paradigma de la diversidad. Desde el modelo social de la discapacidad, Palacios (2008) sostiene que la discapacidad no constituye una característica inherente a la persona, sino el resultado de la interacción entre una diversidad funcional y un entorno organizado sobre parámetros de normalidad. Desde esta perspectiva, las dificultades experimentadas por las personas no pueden atribuirse automáticamente a sus características individuales, sino que deben comprenderse a partir de las barreras presentes en el contexto. En consecuencia, la explicación de la discapacidad deja de localizarse exclusivamente en el individuo para incorporar la responsabilidad social en la producción de dichas barreras.

Cabe destacar que comprender la diferencia desde el paradigma de la diversidad no implica abandonar el diagnóstico ni desconocer el valor del conocimiento construido históricamente. Implica reconocer que las categorías diagnósticas constituyen herramientas para comprender determinadas experiencias y no definiciones acabadas acerca de las personas. El verdadero desafío consiste en evitar que esas herramientas, necesarias para organizar el conocimiento, terminen convirtiéndose en el único marco desde el cual interpretar la singularidad humana.



Mirar la diversidad desde la normalidad

El conocimiento acumulado a través de las categorías diagnósticas constituye uno de los principales recursos para comprender la experiencia humana. Precisamente por ese valor resulta necesario reconocer también los límites de aquello que dichas categorías pueden explicar. En este sentido, las categorías diagnósticas permiten identificar regularidades, recuperar aprendizajes contruidos históricamente y orientar intervenciones cada vez más fundamentadas. Sin embargo, el problema aparece cuando estas categorías dejan de ocupar el lugar de herramientas para transformarse en el principal marco desde el cual se interpreta la experiencia de una persona.

En ese momento se produce un desplazamiento sutil, pero de enorme trascendencia. El diagnóstico deja de funcionar como una hipótesis de trabajo para convertirse en una explicación acabada sobre la realidad del sujeto. La categoría comienza a ocupar el lugar de la persona y aquello que inicialmente pretendía facilitar la comprensión termina condicionándola. La escucha deja de orientarse hacia la singularidad de quien consulta para dirigirse, muchas veces de manera inadvertida, hacia la confirmación de aquello que la categoría ya anticipa.

Este riesgo se encuentra favorecido por la propia función que los sistemas diagnósticos han adquirido dentro de las instituciones contemporáneas. Tal como señala Cooper (2014), el DSM no constituye únicamente una herramienta clínica, sino también un organizador de investigaciones, políticas públicas, sistemas de salud, prestaciones, decisiones judiciales y prácticas educativas. El diagnóstico deja entonces de ser una clasificación utilizada por profesionales para convertirse en un lenguaje compartido socialmente, ampliando considerablemente el alcance de sus categorías sobre la vida cotidiana de las personas.

Esta expansión progresiva en los alcances de las categorías diagnósticas tensiona los límites de la herramienta, por lo que han sido el foco de muchas críticas durante las últimas décadas. En este sentido, Frances (2013), quien presidió el grupo de trabajo encargado de elaborar el DSM-IV, advierte que la ampliación de los criterios diagnósticos favoreció procesos de sobrediagnóstico,



incorporando al campo de la enfermedad experiencias que anteriormente eran consideradas parte de la variabilidad esperable del funcionamiento humano.

Por otro lado, Szasz (1961) cuestionó la tendencia a comprender los problemas de la vida como enfermedades en sentido estrictamente médico, señalando que muchas categorías psiquiátricas responden más a formas particulares de interpretar determinados comportamientos que a entidades naturales claramente delimitadas.

En este marco, el principal riesgo no radica únicamente en diagnosticar más personas o en ampliar las categorías clínicas. El problema aparece cuando la lógica diagnóstica, estructurada sobre determinados parámetros de normalidad, comienza a funcionar como una explicación suficiente acerca de la persona. En ese escenario, las características singulares del individuo, su historia, sus vínculos, los recursos construidos a lo largo de su vida y las condiciones concretas en las que desarrolla su experiencia quedan progresivamente subordinadas a aquello que el diagnóstico permite anticipar sobre él. La categoría deja de orientar la comprensión para sustituirla.

En ese momento, el diagnóstico deja de orientar la comprensión de la diversidad para transformarse en una herramienta de normalización, en la medida en que interpreta la diferencia exclusivamente desde parámetros previamente establecidos acerca de lo que se considera esperable.

Esta lógica produce consecuencias que trascienden ampliamente el ámbito clínico. Como desarrolla Goffman (1963), las clasificaciones sociales pueden transformarse en estigmas que condicionan la forma en que una persona es percibida por los demás y también la manera en que comienza a comprenderse a sí misma. El diagnóstico deja entonces de nombrar una determinada situación para convertirse progresivamente en un atributo que organiza la identidad del sujeto. La persona deja de ser alguien que presenta determinadas características para transformarse, ante los ojos de los demás e incluso ante sí misma, en el diagnóstico que se le atribuye.



En este proceso, el diagnóstico deja de limitarse a describir una determinada condición para comenzar a producir significados acerca de quien la porta. La categoría diagnóstica ya no informa únicamente sobre una experiencia concreta, sino que organiza expectativas respecto de las capacidades, limitaciones, comportamientos e incluso del valor social atribuido a esa persona. Como advertía Sontag (1978), el riesgo aparece cuando la enfermedad deja de ser comprendida únicamente como una condición y comienza a funcionar como una metáfora que explica la identidad de quien la vive.

Desde esta perspectiva, al igual que la escucha y comprensión de las experiencias subjetivas, las intervenciones sobre estas realidades también corren el riesgo de desplazarse desde la persona hacia la categoría. El conocimiento construido a lo largo del tiempo acerca de individuos que comparten determinadas características resulta fundamental para orientar la práctica profesional. Sin embargo, cuando ese conocimiento sustituye la experiencia singular de la persona, las intervenciones comienzan a diseñarse para responder al diagnóstico más que a la persona. De esta forma, se construyen tratamientos, estrategias o apoyos dirigidos a categorías clínicas, cuando quienes efectivamente necesitan ser comprendidas son personas cuya experiencia nunca puede agotarse en una clasificación.

Cuando la normalidad ocupa el lugar desde el cual se interpreta la diversidad, el diagnóstico tiende a convertirse en el principal organizador de la explicación, de modo que el contexto pierde progresivamente relevancia. Las barreras sociales, los recursos materiales, las relaciones interpersonales y las expectativas de normalidad dejan de formar parte del análisis. El origen del sufrimiento aparece entonces localizado exclusivamente en el individuo y la intervención se orienta principalmente a modificar sus características para favorecer la adaptación a un entorno que permanece incuestionado.

Desde la perspectiva social de la discapacidad, esta forma de comprender la diferencia reproduce precisamente la lógica que históricamente ha favorecido múltiples procesos de exclusión: transformar las barreras que se presentan ante la



diversidad en un problema individual antes que reconocer la responsabilidad del contexto en la producción de entornos sociales organizados respecto de una supuesta normalidad.

Como señala Charlton (1998), comprender la discapacidad exige incorporar la voz de quienes viven esa experiencia, reconociéndolos no solo como destinatarios de intervenciones, sino también como protagonistas en la construcción del conocimiento acerca de sus propias vidas. Recuperar esa participación supone reconocer que ninguna categoría diagnóstica, por sólida que sea su fundamentación científica, puede reemplazar el saber construido por quien experimenta en primera persona aquello que se intenta comprender.

En definitiva, el problema no consiste en construir diagnósticos, sino en olvidar que estos se elaboran desde determinados parámetros históricos de normalidad y comenzar a tratarlos como si representaran una descripción objetiva y completa de la realidad. Cuando esto ocurre, la diversidad deja de ser comprendida en toda su profundidad y comienza a ser interpretada exclusivamente como un desvío de los parámetros de normalidad previamente establecidos. Las consecuencias de ello no solo impactan en la patologización de determinadas experiencias subjetivas, sino también en la producción de un marco interpretativo socialmente compartido que reduce la singularidad humana a los límites de una categoría.

Recuperar la singularidad como eje

Los diagnósticos y las categorías, en general, constituyen herramientas indispensables para analizar y comprender la experiencia humana. No obstante, olvidar que sus orígenes no se cimentan sobre la descripción de hechos netamente objetivos, sino que son construcciones situadas en un contexto sociocultural específico, trae consigo grandes peligros que, en ocasiones, se desarrollan sin ser advertidos.

Por lo tanto, resulta necesario reconocer los límites de estas herramientas. Las categorías diagnósticas no representan la realidad en su totalidad, sino formas



históricamente construidas de aproximarse a ella, por lo que cuando ello se pierde de vista, el diagnóstico deja de ampliar nuestra comprensión para comenzar a restringirla. La categoría sustituye progresivamente la escucha, la interpretación reemplaza a la experiencia y el conocimiento construido científicamente termina imponiéndose sobre la singularidad de la persona que pretende comprender, invisibilizándola y acotando su identidad al marco de interpretación que permite la lente desde la cual se la analiza.

Desde esta perspectiva, el paradigma de la neurodiversidad y los aportes del modelo social de la discapacidad no proponen abandonar el diagnóstico ni desconocer el valor del conocimiento científico. Su principal contribución consiste en recordar que la diferencia no puede interpretarse exclusivamente desde parámetros de normalidad previamente establecidos y que las dificultades experimentadas por las personas no derivan únicamente de sus características individuales, sino de la interacción con los contextos sociales, culturales e institucionales en los que desarrollan su vida. Comprender la diversidad implica, entonces, ampliar la lente desde la cual interpretamos la experiencia humana, incorporando la voz de quienes la viven y reconociendo el papel que desempeñan las barreras presentes en el entorno.

En este sentido, el desafío no consiste en reemplazar una categoría por otra, sino en recuperar el lugar que el diagnóstico debería ocupar dentro del proceso de comprensión. El diagnóstico puede orientar la mirada, pero no reemplazarla; puede organizar el conocimiento, pero no agotar la complejidad de una experiencia; puede facilitar la comprensión de una experiencia subjetiva, pero no definir la identidad de la persona, ni su valor.

En última instancia, comprender al otro exige sostener una actitud de permanente revisión crítica sobre las categorías desde las cuales interpretamos su experiencia. Tal vez el verdadero desafío no sea únicamente construir diagnósticos cada vez más precisos, sino revisar continuamente la categoría de normalidad desde la cual esos diagnósticos adquieren sentido. Las categorías resultan indispensables para comprender la realidad, pero dejan de cumplir esa



función cuando pasan a definirla. Solo cuando la normalidad deja de funcionar como un parámetro incuestionable para interpretar la diversidad es posible recuperar el diagnóstico como una herramienta al servicio de la comprensión, el acompañamiento y el respeto por la singularidad de cada persona.

Referencias

- Armstrong, T. (2010). *The power of neurodiversity: Unleashing the advantages of your differently wired brain*. Da Capo Press.
- Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. Siglo XXI Editores.
- Charlton, J. I. (1998). *Nothing about us without us: Disability oppression and empowerment*. University of California Press.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Johns Hopkins University Press.
- Cooper, R. (2014). *Diagnosing the diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Karnac Books.
- Davies, J. (2013). *Cracked: Why psychiatry is doing more harm than good*. Icon Books.
- Foucault, M. (2004). *El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (2006). *Historia de la locura en la época clásica*. Fondo de Cultura Económica.
- Frances, A. (2013). *Saving normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary life*. William Morrow.
- Goffman, E. (2006). *Estigma: La identidad deteriorada*. Amorrortu Editores.
- Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: Orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Grupo Editorial Cinca.
- Silberman, S. (2015). *NeuroTribes: The legacy of autism and the future of neurodiversity*. Avery.



Sontag, S. (1978). *Illness as metaphor*. Farrar, Straus and Giroux.

Szasz, T. S. (1961). *The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct*. Harper & Row.

Walker, N. (2021). *Neuroqueer heresies: Notes on the neurodiversity paradigm, autistic empowerment, and postnormal possibilities*. Autonomous Press.