

DOSSIER

*Infancias del margen: el sentido del diagnóstico
en la formación identitaria*

*Childhoods at the Margin: The Meaning of Diagnosis in Identity
Formation*

Katherine Mansilla Torres

Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú

kmansillat@unmsm.edu.pe

ORCID: 0000-0001-9702-0208

Recibido: 06.09.25 — Aceptado: 17.01.26

<https://doi.org/10.30920/letras.97.145.8>



RESUMEN

El presente artículo examina cómo el valor atribuido a los diagnósticos de trastornos mentales en la infancia incide en la formación de la identidad de los niños. Sostenemos que la significación otorgada al diagnóstico de TDAH se inscribe en una perspectiva adultocéntrica orientada a regular el comportamiento infantil en términos psicológicos, físicos y morales. En ausencia de estructuras adecuadas de acompañamiento que involucren a familias y docentes, estos diagnósticos pueden derivar en diversas formas de injusticia hacia los niños. El artículo se organiza en tres partes. En la primera, se examina críticamente la noción de diagnóstico fiable en relación con la distinción entre salud y enfermedad desarrollada por las ciencias *psi* durante los siglos XIX y XX, atendiendo al debate entre naturalismo y normativismo. La segunda parte analiza la normalidad y la normatividad social en un contexto adultocéntrico que concibe al niño como un agente con agencia limitada, lo que genera injusticias testimoniales, hermenéuticas, afectivas y motrices en niños diagnosticados con TDAH. Finalmente, la tercera parte propone un análisis fenomenológico de la experiencia perceptiva del niño con TDAH, a partir de Merleau-Ponty y Canguilhem, con el fin de reorientar la recepción diagnóstica hacia la valoración de la divergencia, la multimodalidad perceptiva y la experiencia vivida del ser niño.

PALABRAS CLAVE: anormalidad; fenomenología; infancia; injusticia; diagnóstico.

ABSTRACT

This article examines how the value attributed to diagnoses of mental disorders in childhood affects the formation of children's identities. We argue that the significance assigned to an ADHD diagnosis is embedded in an adult-centered perspective aimed at regulating children's behavior in psychological, physical, and moral terms. In the absence of adequate support structures involving families and educators, such diagnoses may lead to various forms of injustice toward children. The article is structured in three parts. The first critically examines the notion of a reliable diagnosis in relation to the distinction between health and disease developed within the *psy* sciences during the nineteenth and twentieth centuries, focusing on the debate between naturalism and normativism. The second part analyzes social normality and normativity within an adult-centered context that conceives the child as an agent with limited agency, thereby generating testimonial, hermeneutical, affective, and motor injustices toward children diagnosed with ADHD. Finally, the third part offers a phenomenological analysis of the perceptual experience of children with ADHD, drawing on Merleau-Ponty and Canguilhem, in order to reorient diagnostic reception toward an appreciation of divergence, perceptual multimodality, and the lived experience of being a child.

KEYWORDS: anormality; phenomenology; childhood; injustice; diagnostic.

1. Introducción

En los últimos años, se ha registrado un incremento significativo de diagnósticos de trastornos mentales en la niñez y algunos de ellos, como el TDAH, se consideran problemas públicos a nivel mundial (Tuncer-Ebetürk et al., 2025; Wong, 2021). En diferentes espacios educativos y de salud, aumentan las ofertas de diagnósticos realizados con instrumentos estandarizados, consejos, protocolos de atención y pautas, destinadas a las familias para hacer frente a estos trastornos. Habría que preguntarnos no solo por las razones de este aumento del diagnóstico, sino también por la forma en que venimos validando un obsesivo interés por clasificar los comportamientos infantiles y diagnosticar el TDAH aun cuando es uno de los trastornos que no ha logrado el consenso médico. En este contexto, los cuidadores de niños con TDAH encuentran dificultades para compartir prudentemente el diagnóstico con sus hijos y miembros del entorno porque temen las consecuencias de la etiqueta, aunque probablemente estas etiquetas ya estén presentes antes del diagnóstico. El problema radica en comprender el valor que se le atribuye al diagnóstico, esto es, en qué sentido un diagnóstico hace posible un reconocimiento favorable de su identidad o, por el contrario, posibilita el uso de etiquetas que estigmatizan a las y los niños.

En ese sentido, el presente artículo analiza el significado y el valor del diagnóstico de TDAH en niños. Sostenemos que los diagnósticos de TDAH y las nociones de anormalidad o normatividad que estos implican, deben ser analizados considerando un contexto con perspectiva adultocéntrica, orientado a regular el comportamiento infantil en términos psicológicos, físicos y morales. Sin un acompañamiento adecuado a la hora de recibir sus diagnósticos, los niños suelen ser estigmatizados y, potencialmente, sufrirán injusticias que afectarán negativamente su autoestima. Pero si se lo considera al TDAH una divergencia social, el niño afirma positivamente su identidad diferenciada y tiene un rol activo en encontrar herramientas de autocontrol.

El artículo se divide en tres partes. En la primera parte, se analizan dos cambios históricos dados por el naturalismo y el normativismo que permiten circunscribir el debate sobre la anormalidad. Se buscará identificar cómo este proceso histórico revela lo que Husserl denominaba una “substrucción del mundo de la vida”, lo cual conlleva a problemas de injusticia para los niños diagnosticados. En la segunda parte, se analiza la normatividad social en un contexto adultocéntrico y las expectativas de los adultos con relación al comportamiento infantil, que promueve la estigmatización de los niños diagnosticados con TDAH, porque estos tienen más dificultades para cumplir con las normativas establecidas. Así, el niño se antepone a una actividad silenciosa de gestación de su identidad que, siendo exigido de conductas “normalizantes”, permea su confianza y la forma cómo se compromete en su autocuidado para alcanzar lo que sería un ideal regulativo del ser adulto humano. En la tercera parte, nos aproximamos al análisis de la experiencia perceptiva del niño con TDAH, tomando en consideración algunas ideas de la percepción de Merleau-Ponty y de la anormalidad de Canguilhem para reorientar la validación del diagnóstico hacia el valor de las divergencias y de la propia niñez.

2. La fiabilidad del diagnóstico: el debate naturalismo *versus* normativismo

¿Cómo se diagnostica un trastorno mental? La respuesta no es sencilla si partimos de una perspectiva histórica sobre la fiabilidad del diagnóstico. Los especialistas *psi* toman el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (en adelante, DSM) como la autoridad que define y clasifica el desorden mental, cuya base se encuentra en la detección de síntomas, duración e intensidad de ciertos rasgos de conducta o, incluso, ciertos rasgos físicos. Sin embargo, más allá de las categorizaciones del DSM, son escasos los espacios donde los especialistas *psi* cuestionan el marco teórico de su práctica; se delibera poco sobre cómo estos diagnósticos devinieron válidos o cuál ha sido el contexto social y político que suscita cambios en la categorización del manual. Para poner un ejemplo, en el DSM 5 (2013), estamos ante un altísimo número de trastornos (216) que, en vez de reducirse, se han reagrupado en categorías más amplias y difusas sin discutir el problema de fondo: ¿de qué manera debemos comprender el diagnóstico, su fundamento y su intención?

El diagnóstico es un concepto variable, sujeto a cambios históricos de la epistemología, desde la cual se delimitan las fronteras entre la salud y la enfermedad, lo normal y lo anormal. En este aparatado, analizaremos dos momentos históricos: 1) la mutación pre-clínica a la clínica (Foucault) y 2) la mutación de la psiquiatría dinámica a la psiquiatría biomédica (Horwitz). Ambos momentos nos permiten discutir los cambios conceptuales que ha tenido el diagnóstico, como centro de la discusión filosófica entre el naturalismo y el normativismo. Mostraremos que esta disputa devino, en palabras fenomenológicas, en la *substrucción* de la ciencia natural en la vida mental de las personas.

Situemos dos momentos históricos para analizar el sentido del diagnóstico *psi*. El primer momento es el que describe Foucault (2008) como la mutación de una *praxis* pre-clínica (s. XVII) a una *praxis* clínica (s. XVIII). Durante este período, la medicina dejó de basarse en saberes tradicionales para concentrarse en la observación directa del cuerpo (*le regard medical*), es decir, el médico pasó de ser la honorable autoridad que ofrecía recomendaciones para la salud, a alguien cuya función consistía en desvelar lo oculto a través de la observación de la anatomía (analizando las lesiones en tejidos y órganos). De este modo, se estableció una distancia con lo ocurrido en el siglo anterior, ya que solo el médico podía diagnosticar y ofrecer conclusiones de lo que acaece en el cuerpo dentro de un espacio institucionalizado: el hospital. Este cambio repercutió también en la creación del manicomio como un nuevo espacio institucional. Según Foucault (2015), durante el siglo XVII, el manicomio alojó enfermos, locos, vagabundos, delincuentes e inmorales como parte de una política de orden moral e higiénica; pero, en el siglo XVIII, el manicomio se convirtió en una institución clínica que distinguía a los pacientes psiquiátricos del resto de internos con el fin de estudiarlos, medicalizarlos y disciplinarlos de acuerdo a los valores del orden social establecido.

Los cambios institucionales del manicomio promovieron, a su vez, el segundo momento histórico: la mutación de la psiquiatría dinámica a la psiquia-

tría médica. Horwitz (2002) explica que, a fines del siglo XIX, el diagnóstico clínico del manicomio se manejaba con categorías aún abstractas que distinguían de manera muy general a los imbéciles de los locos. Sin embargo, en la segunda década del siglo XX, la psiquiatría dinámica ofreció la posibilidad de ampliar su campo de estudios y pensar los desórdenes mentales tomando en cuenta el testimonio de quien los sufre, es decir, ver al paciente como un agente esencial para la resolución de su trastorno psíquico, puesto que sus síntomas neuróticos no eran otra cosa que la simbolización de un conflicto entre su vida mental y el entorno social. Así, la psiquiatría expandió su espacio de investigación, salió del manicomio, creó el consultorio y se vinculó con otro tipo de personas interesadas en la autoexploración y/o con dificultades para aceptar la normatividad social. Desde esta perspectiva, la indeterminación de la categorización diagnóstica no presentó un problema; al contrario, permitió flexibilizar la frontera entre lo normal y lo enfermo, así como proponer una gradualidad entre los comportamientos cotidianos represivos o limitantes y enfermos psíquicos que sufren algún tipo de neurosis: “así como los mismos síntomas pueden representar diferentes trastornos, cualquier trastorno subyacente puede manifestarse a sí mismo en diferentes formas manifiestas” (Horwitz, 2002, p. 45, trad. propia) Todo ello dio como resultado la aparición de los DSM I (1952) y DSM II (1958) como primeras categorizaciones de las enfermedades mentales.

No obstante, ante la vaguedad de los diagnósticos y el peligro de no encontrar rigurosidad en el tratamiento, ocurrió la segunda mutación (1970): la psiquiatría importó el modelo diagnóstico de la medicina, buscando explicar la enfermedad a través de la medición y los procedimientos estadísticos para uniformizar los desórdenes psíquicos con referencia a síntomas reales, y observables. La nueva psiquiatría biomédica cuestionó no solo la validez de los conceptos centrales de la psiquiatría dinámica, sino también su capacidad para proporcionar resultados válidos y objetivos. Aun así, en tanto que la psiquiatría dinámica había extendido su trabajo a numerosos tipos de población (incluidos niños), el nuevo sistema tuvo que inventar categorías de enfermedades para mantener su posición de especialidad médica, concentrándose en la fiabilidad técnica, mas no en la validez (Horwitz, 2002).

Tomando en cuenta las dos mutaciones históricas, podemos entender cómo el diagnóstico ha sufrido cambios en su concepción, buscando siempre hacerlo una herramienta psiquiátrica fiable. La discusión es filosóficamente profunda, pues nos remite a la dicotomía entre normalidad y anormalidad del siglo XX. Esta supone dos enfoques: por un lado, el naturalismo y el objetivismo que defienden la idea según la cual lo anormal o enfermo se concibe como un fenómeno biológico o una desviación estadística (Teoría Estadística de la Salud y la Enfermedad; en adelante, BST) del funcionamiento orgánico de los miembros de una especie que se encuentra en condiciones semejantes (Boorse 1975; 1977); por otro lado, el normativismo o vitalismo, que sostiene que el cuerpo se da a sí mismo sus propias normas, las cuales son flexibles, porque a través de ellas reorganiza sus movimientos para optimizar su vida en relación con el medio circundante (Canguilhem, 1989). Mientras que desde el primer enfoque el concepto de anormalidad se concentra en la disfunción biológica del cuerpo

cuando este no cumple con los procesos de supervivencia o reproducción que le corresponden (Daniels, 1985), desde el segundo la enfermedad es una restricción a la capacidad normativa (valor) con la que el sujeto se adapta al ambiente, por lo que se requiere analizar las normas y los valores del medio vivido. Lemoine (2025) critica la BST porque reduce el rol de la medicina a la estadística y/o a la fisiología sin tomar en cuenta otros componentes —evolutivos, genéticos, medioambientales— de los sujetos. Asimismo, los estudios de discapacidad constructivistas (McRuer, 2006; Barnes, 2016) han aportado críticamente al señalar que los estudios de anormalidad no pueden comprenderse sin identificar las construcciones sociales que los sostienen (perspectivas de poder, capacidades obligatorias, definición histórica de *able bodied*, etc.), precisando modos específicos de identificación colectiva de las anomalías como divergencias sociales y no como anormalidades vitales. Los trastornos, en este último sentido, se piensan como marcas de identidad para que otras personas puedan comprender las divergencias comportamentales, ganar visibilidad de la diferenciación de las capacidades y reconocer a sus grupos de pertenencia identitaria.

En este escenario, las reflexiones de Canguilhem se muestran vigentes para entender de manera integral la validez de los diagnósticos. Primero, porque ofrecen razones para pensar al sujeto en una relación sinérgica y constante con el medio que habita, lo cual permite distinguir la anomalía (irregularidad estadística) de la patología (que puede examinarse biomédicamente u objetivamente) y de la enfermedad (la pérdida de la capacidad de establecer las propias normas de vida). Desde Canguilhem, lo anormal (anomalía) no es contrario al ideal normativo (las normas que el cuerpo propio produce en relación con su medio), sino que es un concepto que expresa irregularidad, desviación o desigualdad estadística frente a estándares individuales o sociales. De acuerdo con ello, la anomalía no es considerada “anormal”, ni una enfermedad, aunque cabe la posibilidad de que pueda convertirse en una enfermedad cuando irrumpe críticamente (limita) el curso de la vida del sujeto. En el último apartado del artículo retomaremos las ideas de Canguilhem junto con la perspectiva fenomenológica de Merleau-Ponty para una comprensión más amplia del TDAH en la niñez.

Hasta aquí, podemos dar cuenta de que la histórica discusión sobre la fiabilidad del diagnóstico se ha movido como péndulo, sea buscando calzar con una objetividad cercana a las ciencias naturales, sea buscando interpretar la normatividad vinculando la vida biológica con la social. Por un lado, el naturalismo prioriza la búsqueda por la neutralidad y la universalidad de un diagnóstico en “factos” anatómicos o en medias matemáticas que puedan analizarse universalmente; y, por otro lado, el normativismo exige la validez del diagnóstico distinguiendo normalidad de normatividad, y vinculando este último término con la construcción normativa de la sociedad en la que se discuten los trastornos *psi*. No obstante, sostenemos que una pregunta central de este debate dicotómico es si la ciencia *psi* está en condiciones de ofrecer la neutralidad y universalidad objetiva de las ciencias exactas en sus diagnósticos ¿Acaso la ciencia *psi* no está situada en un contexto histórico donde ciertos valores sociales sostienen las ideas de normatividad y normalidad? Pongamos un ejemplo



disruptivo: la homosexualidad figuraba en los DSM I y II como desviación sexual hasta que grupos activistas protestaron e irrumpieron, en 1970, las convenciones de la APA (American Psychiatric Association). Entonces, la APA votó por eliminar la homosexualidad como trastorno mental. Aquí, la resolución final fue política y no científica. Esto supone también otras consecuencias sociales, pues el universo de la “anormalidad” médica actúa como referencia de poder y de saber para estigmatizar y/o deshumanizar a ciertos grupos identitarios (Grecco, 2003). Aun cuando el trastorno no implique un sufrimiento individual, los sujetos diagnosticados como tal pueden verse envueltos en estigmatizaciones sociales, padeciendo diferentes tipos de injusticias sociales y quizá sea en este ámbito donde se perpetúan mayores sufrimientos (como suele pasar con el TDAH). En el caso citado, la agencia política de los colectivos LGTB permitió luchar contra las injusticias y estigmatizaciones de “anormales”, hasta el punto de promover en la ciencia médica la toma de consciencia de estar en el *mundo de vida*, donde intersubjetivamente se discute sobre normas y valores. Este es el proceso en el que se encuentran, actualmente, colectivos de familias con niños diagnosticados con TDAH.

En síntesis, en este recorrido histórico constatamos lo que Husserl llamó la *substrucción* del mundo de la vida (Husserl, 2008), esto es, la ciencia se toma como un saber exclusivo de interpretación de la salud y lo normal que sustituye otras normativas dadas en el mundo de la vida. Hemos visto cómo la anormalidad ha sido y viene siendo únicamente comprendida por un método científicista que dirige su atención llanamente a los hechos, separando las regiones de la vida humana. En la ciencia de la salud mental, la pérdida de sentido se refleja en el insistente interés por aglutinar y categorizar los trastornos, dejando de discutir sobre la variabilidad y contingencia de la vida humana. Esto incurre éticamente en la vida de los que sufren trastornos porque la sociedad se apoya en el diagnóstico como un fundamento de estigmatización de anormalidad y, por lo tanto, de exclusión. En el siguiente apartado veremos cómo los niños, dada su relación de dependencia a otras personas, tienen menor margen para el reconocimiento identitario y la formación de un colectivo político, como sí ocurre con los colectivos LGTB. Las posibilidades para que los niños luchen contra la recepción estigmatizante de un diagnóstico de trastorno es mayor, pues no logran comprender cabalmente una vivencia de injusticia ¿De qué recursos disponen los niños que podrían ser estigmatizados bajo la instrumentalización de su diagnóstico para cuestionar la neutralidad de la normatividad y de la normalidad? Para llegar a ello, debemos puntualizar, en primer lugar, la vivencia del TDAH en la infancia.

3. Normatividad y estigmatización en diagnósticos de TDAH

Concentrémonos ahora en el diagnóstico de trastornos mentales en la niñez. Debemos preguntarnos qué es y qué no es un comportamiento normal en la niñez, socialmente situado; pero esto implicará una pregunta más de fondo, la comprensión de la idea misma de niñez. En este apartado discutiremos la posible relación entre el diagnóstico del TDAH y el adultocentrismo social como escenario de injusticias epistémicas y motrices para la niñez con comportamientos divergentes.

La infancia no es solamente una etapa de la vida. Como sucede con la anormalidad o el diagnóstico, la conceptualización de la niñez es resultado de un consenso histórico-social tácitamente adultocentrado que se posiciona sobre el cuerpo de los niños (Casas, 1998). “Infancia” tiene una significación histórica cambiante y, por lo tanto, la expectativa normativa sobre estos cuerpos varía con el tiempo. Uno de esos cambios se da en la Ilustración europea del siglo XVIII, cuyo uso habitual del término “infancia” reemplaza al de “niñez”; *infante (in-fale)* hace alusión al bebé que aún no habla y no ha desarrollado sus capacidades racionales. En ese sentido, la Modernidad concibió al niño como el futuro (mas no presente) de una nación que aspira y actúa en función al progreso económico y social de la expectativa adulta. Por ello, para los europeos del siglo decimonónico, hacer seguimiento al desarrollo de la niñez se volvió una tarea tan crucial que implicó no solo a la familia como la responsable del óptimo desarrollo del niño hasta su etapa culminante (adulta), sino también a la medicina, la psicología y la educación. En otros términos, todas las áreas del conocimiento se comprometieron en ofrecer normas para moldear el desarrollo de los niños hasta alcanzar las metas nacionales. Podría decirse entonces que, en la Europa moderna, la niñez se convirtió en un “espacio” donde todos tienen algo que decir y hacer sobre el comportamiento infantil, menos los propios niños. No solo se trató de controlar demográficamente la natalidad y la mortalidad, también se dio cabida a políticas de higiene pública y comportamiento moral que aseguren adultos funcionales, física y mentalmente, para la nación (Ballester & Balaguer, 1995; Tapia & Espejo, 2016).

Si durante los siglos XVIII y XIX la infancia debía normativizarse de acuerdo a las expectativas sociales, ergo, se tuvo que precisar las categorizaciones entre lo adecuado e inadecuado del comportamiento infantil, así como las variaciones entre lo que debe ser y lo que debe corregirse. Así se trazó la línea que demarca la distinción entre comportamientos normales de patológicos para aquellos de difícil corrección. Ahora bien, siguiendo la construcción ideal de un prototipo adulto que se consolidó desde la Ilustración, cabe preguntarnos: ¿cuál es la normatividad o expectativa presente para la niñez de nuestro siglo? ¿Cómo se definirían las patologías infantiles? ¿Es posible que alguna anomalía se piense como patológica solamente porque no cumple con la norma? ¿Es el trastorno una excepcionalidad? ¿Estamos tratando divergencias comportamentales como trastornos médicos? Precisemos estas preguntas bajo un trastorno en particular: el TDAH.

El TDAH está presente desde 1994 en el Manual de diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (American Psychiatric Association, 2013). El TDAH se reconoce bajo tres perfiles subjetivos: déficit de atención, hiperactividad e impulsividad, y se suele detectar aproximadamente entre los seis años hasta la adolescencia. La neurociencia lo califica como un síndrome que repercute en el desarrollo inferior del lóbulo frontal (regiones de la zona límbica) y que supone una disfunción ejecutiva del neurodesarrollo (impulsos incontrolables, dificultades para la socialización, intolerancia a la frustración, fragilidad memorística, dificultades de organización para realizar tareas). Generalmente, el TDAH se diagnostica de acuerdo con una serie de test de tipo cuantitativo



(RIAS, CREA, BRIEG, BAS), cualitativo (Torrance, observación, entrevistas a profundidad) o mixto, junto a otros diagnósticos, como los neurobiológicos, genéticos y de factores ambientales. Diagnosticar el trastorno es un proceso que, si se realiza de forma adecuada, toma tiempo y paciencia para el niño y sus familiares. Lo que se suele observar en los niños con TDAH son comportamientos que no se ajustan a la normatividad social: niños que tienen dificultades para gestionar sus emociones y aceptar las normas. En el TDAH, los diagnósticos y las propuestas terapéuticas siguen siendo objeto permanente de discusión y reconfiguración (Díaz et al., 2013; Balbuena, 2016; Castañeda & Fraga, 2023). Actualmente hay un consenso que manifiesta que los fármacos —generalmente, metilfenidato— no pueden ser la única herramienta para el TDHA, pues se necesita un trabajo dinámico de reeducación familiar, docente y civil, que acompañe mejor estas divergencias psíquicas. El trastorno se hace más complejo en un contexto de sobre-diagnósticos, ya que se suele confundir a los niños con TDAH con otros niños con comportamientos semejantes debido a dificultades en su crianza, que no han aprendido un manejo emocional adecuado o sufren de intolerancia a la frustración; es decir, son incorporados en el conjunto de “comportamientos desviados”. Aunque el autoritarismo médico y la medicalización han sido el discurso mayoritario (Lusardi, 2019), actualmente se discute si el TDAH es un trastorno vinculado sobre todo al medio social, que no puede ser resuelto clínicamente y requiere de una atención social y una comprensión integral de la salud y la educación infantil. Así, por ejemplo, Smith (2012) cuestiona que el TDAH pueda ser un trastorno neutral y universal de la psiquiatría clínica, ofreciendo tres tipos de razones: 1) razones geográficas, debido a que el diagnóstico varía según cada región; 2) razones sociopolíticas, pues el diagnóstico tiene su origen en el contexto de la Guerra Fría, vinculado a la necesidad de acelerar el rendimiento académico en Estados Unidos, lo cual requiere de normativizar el ideal de un comportamiento escolar, y 3) razones epistémicas, puesto que el diagnóstico conduce, en su mayoría, a un tratamiento farmacológico que resuelve el problema medicalizando al niño. Con todo ello, concluye Smith, el TDAH puede ser solamente una anomalía en términos de desviación estándar de la conducta infantil. Ahora bien, habría que pensar si el problema ocurre en la subjetividad del paciente o en la propia relación intersubjetiva. Pensamos que es necesario continuar discutiendo cómo un diagnóstico de conducta divergente es recibido por una sociedad que estigmatiza esta diferencia. En este sentido, el percibir como problemático un comportamiento que se aleja de los ideales normativos tendrá como consecuencia la marginación del sujeto y, por ende, las posibles consecuencias en su formación identitaria (desestimación personal, baja autoestima, *burnout*).

El contexto de diagnósticos de TDAH obliga a reflexionar la relación entre normativas *psi* y expectativa social del comportamiento infantil, bajo dos características. Primero, existe una normativa epistémica que es adultocéntrica, la cual sirve de base para pensar al niño como Otro, un ser humano que no está socialmente presente sino solo en el modo de ser moldeado por los adultos (un *korper*). El niño aparece aquí como lo incompleto, lo que está por hacerse, lo que todavía no es. El adultocentrismo subordina a la niñez y comprende su creci-

miento en etapas que van *in progreso*. Desde la epistemología adultocéntrica, no se puede comprender una multiplicidad de conductas existiendo y asolapándose en el desarrollo, como es el caso de la tendencia piagetiana (Sparaci & Gallagher, 2025). Segundo, y como consecuencia de la primera, existe una normativa práctica, porque, frente a la “incompletitud humana” de la niñez, el adulto ejerce un rol activo en la vida del niño, para corregir y enseñar cuál es ese comportamiento exitoso. En sentido práctico, el poder de los niños sobre su propio cuerpo se limita a ajustarse a las demandas propias de la relación social adultocentrada y, estadísticamente, neurotípica. Estas dos normativas forman una cultura sobre la educación infantil y el tipo de vinculación institucionalizada para dar forma a la relación entre adultos y niños. En este contexto, los niños divergentes, entre ellos los diagnosticados con TDAH, sufrirán estigmatizaciones e injusticias, porque no logran cumplir las expectativas del medio social adultocéntrico.

Podríamos identificar cuatro tipos de injusticias sufridas por los niños con TDAH al desvirtuarse de la normatividad social del aprendizaje. Tomando como criterio las injusticias epistémicas de Fricker (2007), los niños con TDHA se enfrentan a: 1) injusticias hermenéuticas, pues carecen de recursos interpretativos para comprender y darle nombre a lo que les pasa; son los adultos (familiares, docentes, personal *psi*) los que gozan de herramientas interpretativas sobre lo anómalo en la infancia, ergo, son los que guían, educan y afirman lo “inadecuado” de su comportamiento porque, en este período de la vida, los niños carecen aún de un amplio abanico lingüístico para expresar plenamente lo que les ocurre; 2) injusticias testimoniales, debido a que los adultos, con frecuencia, no les conceden la credibilidad o validez a sus testimonios; por ejemplo, la manera en que se sienten más a gusto en el aprendizaje, el placer de aprender con juegos interactivos, o el movimiento como apoyo para la concentración antes, durante y después de un ejercicio intelectual; 3) injusticias afectivas, porque inhiben cierto tipo de emociones, pues a menudo son vistos como niños descontrolados o dispersos, incapaces de manejar su frustración o su ira, lo cual los pone ante un conflicto que los conduce a reprimir sus emociones (Srinivasan, 2018); por ejemplo, puede darse el caso de que su ira sí sea apropiada; en un contexto semejante, un niño neurotípico sí podría expresar su ira o su frustración de forma más libre, pero, en el caso de los niños con TDAH, al enfrentarse a una normatividad específica y ser frecuentemente juzgados, deben elegir esforzarse en alcanzar un comportamiento adecuado para evitar el juicio social; finalmente, se encuentran ante una 4) injusticia motriz, en tanto que los niños con TDAH viven estigmatizados, ya que sus movimientos rápidos y descontrolados incomodan a los demás. Precisemos esta última injusticia en relación con el medio vivido, acercándola a la narración de Frantz Fanon en *Piel Negra y máscaras blancas*, a propósito de un contexto racista y colonizador, donde el cuerpo negro es siempre estigmatizado en su actuar. La extensión de la cita es necesaria para ver los movimientos cinestésicos y luego compararlos con las infancias con TDAH:

Yo había creado, por encima del esquema corporal, un esquema histórico-racial. Los elementos que había utilizado no me los habían proporcionado “los residuos de sensaciones y percepciones de orden sobre todo táctil, vestibular, quinestésico y visual”, sino el otro, el blanco, que me había tejido con mil detalles, anécdotas, relatos. Yo

creía tener que construir un yo psicológico, equilibrar el espacio, localizar sensaciones, y he aquí que se me pide un suplemento.

“¡Mira, un negro!” Era un estímulo exterior al que no prestaba demasiada atención. Yo esbozaba una sonrisa. “¡Mira, un negro!” Era cierto. Me divertía. “¡Mira, un negro” El círculo se cerraba poco a poco! Yo me divertía abiertamente.

“¡Mamá, mira ese negro, ¡tengo miedo!” ¡Miedo! ¡Miedo! Resulta que me temen. Quise divertirme hasta la asfixia, pero aquello se había hecho imposible.

Yo no podía más, porque ya sabía que existían leyendas, historias, la historia y, sobre todo, la historicidad, que me había enseñado Jaspers. Entonces el esquema corporal, atacado en numerosos puntos, se derrumba dejando paso a un esquema epidérmico racial. En el tren, no se trataba ya de un conocimiento de mi cuerpo en tercera persona, sino en triple persona. En el tren, en lugar de una, me dejaban dos, tres plazas. Ya no me divertía tanto. (Fanon, 2009, p. 112)

Fanon expresa con claridad el conflicto que sufre su esquema corporal ante la necesidad de limitar su movimiento (“el círculo se cerraba poco a poco”). Primero, se ve visto como una persona exótica y él asume este primer momento como divertido, pero luego, al escuchar la expresión de temor ante el prejuicio histórico “el negro es violento/da miedo”, la diversión desaparece, porque el Otro-blanco exige que se comporte en función del prejuicio. Fanon se ve envuelto en una encrucijada: si hace algún gesto o movimiento que confirma el prejuicio del blanco, entonces efectivamente será el “negro violento” al que hay que rechazar; pero si hace algún movimiento que niega el prejuicio, se lo rechazará también por no confirmar lo que se espera de él. La expectativa es la *triple persona*, la normativa social sobre el movimiento y conducta del negro: “el negro no puede comportarse cabalmente como un hombre (blanco)”. Fanon no puede ser él mismo en un tren, debe ser la expectativa del negro que tiene el blanco, debe ser y actuar de acuerdo al ideal de conducta que ha establecido una sociedad blanca. La narración de Fanon expresa con claridad cómo su cuerpo siente la distancia de los blancos (“me dejaban dos, tres plazas”), hasta sentir la limitación y encogimiento de su cuerpo (“se me pedía que me confinara, que me encogiera”). De este modo, el esquema corporal de Fanon se instala en una incesante reorganización del medio vivido que le exige, a diferencia de lo que tienen que hacer los hombres blancos, limitar su motricidad. Debe moverse, hablar, mirar de una determinada manera: como un hombre negro. Así, su cuerpo crea una rigidez, en sus palabras, un ámbito de “no ser”, de “no poder”. Entonces, su cuerpo propio ha sido confiscado a una normativa que, por más que se esfuerce en acomodarse a ella, siempre será inadecuada.

Ahora bien, podemos cambiar el término “negro” en una sociedad racista por “niño” en una sociedad adultocentrada. Se espera que el niño se comporte de una determinada manera para el aprendizaje, se prioriza una sola forma de atención unidireccional, calmada y estándar. Si el cuerpo no está adecuado a tal normativa, sufre doblemente, tanto por no alcanzar la meta esperada junto

a los demás niños, como porque sus movimientos hiperactivos y eufóricos serán catalogados como patológicos y problemáticos, lo que puede causarle mayor sufrimiento. Diríamos, a partir de Fanon, que el niño también es llevado a la zona del “no ser”, se le pide negarse a sí mismo, se le pide transformarse en el niño esperado del “imperio de la normatividad” (Chapman, 2023). Si hablamos en este caso de niños con TDAH, que tienen dificultades para seguir esta normativa, habrá dos escenarios: antes de contar con un diagnóstico, el niño ya será etiquetado como “raro” o “mal educado” por la sociedad: no obstante, al recibir el diagnóstico en un contexto donde se maneja una idea de anormalidad estigmatizadora, el niño podría experimentar un quiebre mayor al saberse alejado de la normativa social, siempre y cuando su entorno cercano no pueda apoyarlo en la comprensión de su diagnóstico. En efecto, antes o después del diagnóstico, la identidad puede ser desarrollada desde la carencia y el sentido de no pertenencia social. Sin embargo, cuando se tiene el diagnóstico, este logra tener un poder de veracidad que, si se recibe solo desde la normativa y junto a adultos con pocas capacidades para comprender el valor de la divergencia, el niño podría verse doblemente afectado en su autovaloración personal.

Entonces, podemos comprender cómo, en concordancia con la normativa social, los movimientos y afectos del niño se convierten en un atasco para él mismo: fracasa, siente vergüenza, su autoestima disminuye. El mundo le es ajeno porque no puede ser él mismo: tiene que ser el niño que se espera que sea y no puede. Por lo tanto, el trastorno se interpreta como una anomalía patológica, un déficit del desarrollo y no como una divergencia en su modo particular de habitar el mundo y de significar el aprendizaje. Ergo, el diagnóstico se ampara en una normativa social adultocéntrica que establece la forma adecuada de sociabilidad y aprendizaje infantil. El valor del diagnóstico se engarza, por ende, en la normativa social y regresa a ella sin considerar el testimonio en primera persona del afectado.

¿Tiene el niño con TDAH alguna agencia en este proceso de normativización de las conductas infantiles? Son pocos los testimonios en primera persona de niños y niñas sobre la vivencia de recibir y comprender su diagnóstico. Por tratarse de una edad temprana, los niños van poco a poco tomando consciencia del diagnóstico a través de los padres, quienes frecuentemente suelen transmitir al niño las características de su conducta mezcladas con emociones referentes a ella (miedo, preocupación, esperanza de cambio o mejoría para adecuarse a la normativa social) y, con ello, la idea según la cual los niños serán sujetos altamente susceptibles de protección y control parental. Visto así, su agencia reducida, la autopercepción hecha a través de la mirada de los otros “normales”, la autopercepción de sus movimientos considerados “torpes” o “vergonzosos”, los niños con TDAH se autoperiben no como diferentes, sino como deficitarios de una sociedad que les impone normas ajenas y doblemente desafiantes. Esta pregunta sobre la agencia exige plantear el lugar de los niños y, particularmente, el de los niños con TDAH. Creemos importante reconducir la mirada sobre el nosotros, el medio social y la construcción de las normativas de aprendizaje. ¿Es posible, epistemológicamente, respetar la pluralidad de las divergencias?

4. Perspectiva fenomenológica: el mundo niño-centrado y diverge-centrado

Luego de plantear el debate naturalismo-normativismo de la anormalidad y describir las injusticias adultocéntricas sobre el cuerpo de los niños con TDAH, proponemos una breve exploración fenomenológica sobre la experiencia de la niñez. Es importante advertir que, académicamente, nos encontramos al margen de una comprensión total de la niñez, puesto que, como dice Welsh (2013), ya dejamos de ser niños y solo podemos acercarnos oblicuamente, a través de nuestros recuerdos de la niñez o por una relación de alteridad: el niño como otro. No obstante, la fenomenología de Merleau-Ponty retoma el límite de ese margen, apostando por una reflexión de la existencia anónima en tanto apertura y significación al mundo. El autor no piensa la infancia como si fuese un escalamiento hacia la adultez, sino comprende la estructura originaria de la percepción (*UrGestalt*) y, con ella, da cuenta de cómo nuestro cuerpo se reconfigura ante cada percepción, estableciendo sus propias normas de organización en su interacción con el mundo. Para Merleau-Ponty, se trata de dirigirnos a la propia experiencia infantil del mundo vivido, donde todavía dicha experiencia no es sistematizada por el lenguaje o el pensamiento (Merleau-Ponty, 2001). En síntesis, el filósofo plantea el nacimiento como anonimato, indiferenciación o generalidad, es decir, una etapa previa a la subjetividad humana e, incluso, a la intersubjetividad humana, porque todavía —para el niño— no existe ni un “yo” ni un “tú” claramente definido. Así, su cuerpo está *por-hacerse*:

En este sentido, nuestra naturaleza no es una vieja costumbre, puesto que la costumbre presupone la forma de pasividad de la naturaleza. El cuerpo es nuestro medio general de poseer un mundo. Ora se limita a los gestos necesarios para la conservación de la vida y, correlativamente, pro-pone a nuestro alrededor un mundo biológico; ora, jugando con sus primeros gestos y pasando de su sentido propio a un sentido figurado, manifiesta a través de ellos un nuevo núcleo de significación”. (Merleau-Ponty, 1993, p. 163)

En esta opacidad inaugural, siendo además pre-lingüística, el anonimato es la unidad sincrética del cuerpo con lo sensible, dado que a través del cuerpo accedemos al mundo en una relación dialéctica y continua de auto-organización de nuestros movimientos y, de ese modo, *hacemos existir* el mundo. Para el francés, nuestro nacimiento plantea un cuerpo por-hacerse de manera irrenunciable hasta su muerte, incluyendo en ella modos divergentes que son también expresiones del ser-al-mundo. En la unidad sincrética, el niño es capaz de destacar a la madre del fondo sensible, como si ella fuese, en una primera instancia, el mundo, pero también él mismo. Dicho de otro modo, para el bebé no hay distinción; hay una unidad absoluta entre él, la madre y el mundo, que Merleau-Ponty identifica como el emparejamiento de los cuerpos (2001, pp. 35, 104, 318): el bebé toma de la madre actos que le permiten lograr los mismos objetivos que él. Esto no es una simple copia o mimesis del acto adulto, sino una reconducción a través de otro hacia el mundo.

El término que usa el autor es *empiètement* (usurpación), que refiere a cómo el bebé, viviendo el anonimato, toma la sensibilidad postural de su cuidador, tanto para moverse por sí mismo como para generar actitudes de placer y dis-

placer en el mundo humano, motivado por los afectos que el cuidador-mundo le ofrece. Esta dinámica inaugural, descrita por el fenomenólogo como yo-otro-mundo, expresa que el cuerpo elige sus movimientos con un impulso afectivo que propicia la relación interhumana en su estadio inaugural, buscando manipular efectivamente las cosas del mundo, donde sus hábitos puedan irse modificando con el tiempo según las relaciones que vaya estableciendo con las cosas y los otros. Por lo tanto, el cuerpo humano no actúa por reflejo condicionado o por instinto, más bien atraviesa su propio proceso de aprendizaje de acuerdo con sus propias experiencias afectivas en el “nosotros” anónimo, un “silencio primordial” (Buffone, 2023, p. 28).

Según Doyon (2022), Merleau-Ponty plantea tres aspectos de la percepción, los cuales se configuran en una interminable dialéctica de solicitaciones: 1) la unidad del cuerpo con el mundo como horizonte primordial, al cual nos acabamos de referir en tanto sistema yo-otro-mundo; 2) la unidad del cuerpo propio vivido, multivariabilidad sensorial e indistinta que implica a su vez la ubicación del cuerpo en el espacio y la relación entre sus partes, y 3) la unidad intersensorial de la cosa, que reclama nuestra intervención, dirigiéndose a nuestros sentidos. En ese sentido, percibir algo implica considerar que no hay comportamientos restringidos a una modalidad, antes bien, desde que el naciente está en el mundo, su complejidad perceptiva es multimodal. De ello se desprende que el cuerpo del naciente es normal en la multimodalidad de sus percepciones.

Podríamos vincular estas tres características multimodales que señala Doyon (2022) con la discusión de la anormalidad discutida en páginas precedentes. Para Canguilhem (1989), lo patológico se manifiesta cuando el mismo sujeto es incapaz de responder óptimamente a lo que el medio ambiente le exige. Visto de esta manera, el estado normal de un sujeto implica una relación normativa de ajuste con el medio vivido, puesto que el ser humano goza de plasticidad funcional de acuerdo con el medio ambiente. Esta plasticidad debe entenderse dentro de una serie de normas tanto vitales como sociales que el propio sujeto actualiza (multivariabilidad, intersensorialidad y multimodalidad). Según Canguilhem (1989), aprendemos que la patología no es normativa ya que desestabiliza la relación con el medio vital. En esta línea, los trastornos mentales pueden considerarse anormalidades (estadísticamente), pero no equivalen a enfermedades, es decir, tienen su propia razón de ser de acuerdo con la relación sujeto-ambiente. Además, no todos los trastornos implicarían sufrimiento. En palabras de Canguilhem: “el hombre sano no se escamotea frente a los problemas que le plantean las conmociones a veces sutiles de sus hábitos, incluso hablando fisiológicamente; mide su salud por su capacidad para superar las crisis orgánicas con el fin de instaurar un nuevo orden” (Canguilhem, 1989, p. 152).

¿Qué es lo normativo en la percepción? Wehrle (2022) plantea dos sentidos normativos: primero, la optimización como sentido cualitativo; y, segundo, la concordancia como sentido formal. Según la autora, la experimentación normal del sujeto se plantea cuando sus acciones tienen coherencia con las anteriores y cuando esta posee un carácter cualitativo, una estructura teleológica. Se reitera así que no hay propiamente una experiencia neutral desde la normatividad inmanente del propio sujeto; estas normas aparecen como regu-

ladoras de la experiencia, en sus procesos dinámicos de recreación (*Stiftung*). Solo cuando inmanentemente ocurre una experiencia conflictiva, discordante o conflictiva con los otros, entonces, la norma se hace explícita. En ese sentido, la normatividad formal es externa: “para que la normalidad sea sostenible y estable, tiene que ser intersubjetivamente compartida, haciéndola un ingrediente necesario para la validación objetiva de los objetos y el mundo, así como una pre-condición para toda forma de empatía concreta” (Wehrle, 2022, p. 207, trad. propia). Esto se vincula con Canguilhem (1989), cuando afirma que “la anomalía o la mutación no son de por sí patológicas” (p. 108), sino expresiones de otras posibles formas de vida, pues las nuevas normas del cuerpo pueden ser equivalentes en el medio ambiente o en otros ambientes. De lo que se trata es mirar los movimientos del cuerpo en el proceso mismo de equilibrio.

Dicho esto, volvemos a la unidad cuerpo-otro-mundo o la unidad sincrética merleau-pontiana porque la experiencia surge en la interacción con el mundo y los otros, no como una realidad interna desconectada. Aquí debemos situar los trastornos. ¿Qué pasa cuando mi percepción del mundo o mi comportamiento difiere mucho de los otros, como es el caso de los niños con TDAH? ¿Qué pasa si mi percepción no se adecua a la optimización social? La percepción es intersensorial, multivariable y multimodal, por lo que puede ser divergente de lo socio normativo. El niño con TDAH encuentra en sus percepciones deficiencias o errores, en tanto las descubre así por el “otro”. Las autopercepciones de este niño no provienen de un mundo interno; son resultado de las modalidades que estructuran su experiencia. De esta manera, debemos comprender el TDAH, así como cualquier otro trastorno o patología, en una relación con el mundo natural y social, pues no son actos aislados, sino formas de ser-al-mundo.

Ahora bien, en tanto se está ligado al mundo afectivo, mi intencionalidad motriz estará orientada para superar este “déficit”, pues socialmente me produce sufrimiento al no llegar a ser coherente con la normativa. Sin embargo, en el proceso del fracaso, aparece el juicio estigmatizante, con lo que el niño vive el trastorno con angustia (trauma). Aquí yace la preocupación central: estaríamos afectando la estructura original de su desarrollo, puesto que las vivencias en la infancia serán el repositorio sobre la que se colocarán las experiencias posteriores. Por ende, mientras el niño “sano” reconfigura con facilidad su estructura originaria, el niño que ha sufrido serios traumas o angustias en su edad temprana (rechazo, soledad) tendrá que revivir constantemente esa estructura (Welsh, 2013). En breves palabras, el niño ve comprometido su futuro ante una constante estigmatización y dolorosa consolidación de su identidad en la primera etapa de su vida. Sin embargo, si pensamos, como Merleau-Ponty, en superar una mirada psicologista centrada en el adulto, y nos acercamos a una percepción infantil en tanto originariamente humana, encontraremos el proceso inacabado de la coherencia, la intersensorialidad y la multimodalidad antes descrita:

[...] queda absolutamente claro que ni el mundo del niño, ni del primitivo, ni de enfermo, ni con mayor razón, el del animal, en la medida que debemos reconstruirlo a través de su conducta, constituyen sistemas coherentes y que, por el contrario, el

del hombre sano, adulto, civilizado se esfuerza hacia esa coherencia. Pero el punto esencial es que no la *posee*, que dicha coherencia sigue siendo una idea o un límite jamás alcanzado de hecho, y que, por consiguiente, lo “normal” no puede cerrarse sobre sí debe preocuparse por comprender anomalías de las que nunca está totalmente exento. Está invitado a examinar sin indulgencia, a redescubrir en sí mismo, todo tipo de fantasías, ensoñaciones, conductas mágicas, fenómenos oscuros, que permanecen omnipotentes en su vida privada y pública, en sus relaciones con los otros hombres”. (2002, p. 39)

Por lo tanto, la fenomenología de Merleau-Ponty vinculada a la noción normativa de Canguilhem nos ofrece una lectura desde la propia experiencia infantil donde las coherencias no se exigen, debido a que estas se desestabilizan de acuerdo con la orientación que el cuerpo busca en vínculo con los otros y el mundo. Bajo esta perspectiva, si nos centramos únicamente en la posición del adulto, dejaríamos de lado otras posibilidades de comportamiento o realizaríamos malinterpretaciones de ellas; así también, si nos centramos en los neurotípicos estaríamos dejando de lado identidades divergentes o las terminamos por estigmatizar y excluir.

5. Conclusión

Este artículo presenta un breve recorrido histórico-epistemológico que muestra que el diagnóstico *psi* no es una herramienta universal y neutral, sino que se trata de una práctica situada en el *Lebenswelt*, pues articula saberes, normatividades y relaciones de poder. Primero, desde el tránsito de la *praxis* clínica a la hegemonía biomédica se ha mostrado las mutaciones del concepción y valoración del diagnóstico. La pretensión de objetividad de la ciencia *psi* produjo una *substrucción* del mundo de la vida que terminó por invisibilizar la contingencia de la experiencia humana y la pluralidad de los modos de habitar el mundo, instalando un marco de normatividad que opera como criterio regulador de la vida social. Hemos situado esa *substrucción* en el debate epistemológico entre el naturalismo/objetivismo y el normativismo/vitalismo de la filosofía de las ciencias de la salud, reconociendo su pertenencia normativa (valorativa) en un mundo político y social del siglo xx. Segundo, habiendo contextualizado el problema de la normalidad y lo normativo, precisamos un análisis particular del TDAH en el que discutimos el argumento central del trabajo, a saber, si el diagnóstico del trastorno está vinculado a prácticas adultrocéntricas, de las que participaron, históricamente, las ciencias *psi*. Hemos descrito cómo el diagnóstico, en contextos que no discuten la normatividad, podría estandarizar y, con frecuencia, estigmatizar a niños con divergencias. Hemos descrito cuatro tipos de injusticias a las que se ven expuestos los niños con TDAH: injusticias testimoniales, hermenéuticas, afectivas y motrices.

Ante ello, nos preguntamos ¿qué lugar tiene la voz del niño en la interpretación de su propia experiencia del trastorno? La respuesta, todavía insuficiente, nos muestra que el cuerpo infantil sigue siendo interpretado como carencia y no como una variación legítima del mundo. Finalmente, con el objetivo de aportar a esta discusión sobre la comprensión de los trastornos en la infancia y



el adultocentrismo normativo, recurrimos a la fenomenología de Merleau-Ponty. Pensamos que la discusión sobre la validez del diagnóstico no pueda agotarse en términos de fiabilidad técnica; antes bien, debe abrirse a una crítica filosófica que interpele la normalización. Siguiendo a Canguilhem y a Merleau-Ponty, la normatividad vital y la plasticidad corporal reclaman ser pensadas dejando atrás la dicotomía normal/anormal, así como representan una invitación a desplazar el paradigma de “déficit” hacia el reconocimiento de la diversidad perceptiva, afectiva y motriz. En efecto, no hay una perspectiva “neutral” desde la cual la optimización y direccionalidad del cuerpo deba rendir virtud a su comportamiento. Frente a esto último, el desafío se instala tanto en una región científica como en una región pedagógico-política donde se pueda cuestionar los marcos del diagnóstico, de tratamiento y de aprendizaje escolar, integrando el testimonio infantil y evitando caer en injusticias.

DECLARACIÓN DE FINANCIAMIENTO

Este trabajo forma parte del proyecto de investigación grupal de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (PCONFIGI-2025), código E25030611.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (5ª ed.) En: <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Balbuena, F. (2016). La elevada prevalencia del TDAH: posibles causas y repercusiones socioeducativas. *Psicología educativa*, 22(2), 81-85. <https://doi.org/10.1016/j.pse.2015.12.002>
- Ballester, R., & Balaguer, E. (1995). La infancia como valor y como problema en las luchas sanitarias de principio de siglo en España. *Dynamis: Acta Hispanica and Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, (15), 177-192. <http://www.raco.cat/index.php/Dynamis/article/view/108732/149976>
- Barnes, E. (2016). *The Minority Body: A Theory of Disability*. Oxford University.
- Boorse, C. (1975). On the Distinction between Disease and Illness. *Philosophy & Public Affairs*, 5(1), 49-68. <https://www.jstor.org/stable/2265020>
- Boorse, C. (1977). Health as a Theoretical Concept. *Philosophy of Science*, (44), 542-573. https://bioetyka.uw.edu.pl/wp-content/uploads/2014/10/06_BoorseHealthConcept.pdf
- Canguilhem, G. (1989). *Lo normal, lo patológico*. Siglo XXI Editores.
- Casas, F. (1998). *Infancia: perspectivas psicosociales*. Paidós.
- Castañeda, J., & Fraga, T. (2023). Estudio de caso sobre un incorrecto diagnóstico de TDAH. *Pulso. Revista de Educación*, (46), 15-36. <https://doi.org/10.58265/pulso.5370>
- Chapman, R. (2023). *Empire of Normality*. Pluto Press.

- Daniels, N. (1985). *Just Health Care*. Cambridge University Press.
- Díaz, A., Jiménez, J. E., Rodríguez, C., Afonso, M., & Artiles, C. (2013). Consideraciones de los estudios de prevalencia del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH). *Revista de Psicología y Educación*, 8(2), 155-170. <https://www.redalyc.org/pdf/3729/372937690005.pdf>
- Doyon, M. (2022). On the Phenomenology and Normativity of Multisensory Perception. Husserlian and Merleau-pontian Analyses. En S. Heinamaa, M. Hartimo. e I. Hirvonen (Eds.), *Contemporary Phenomenologies of Normativity: Norms, Goals, and Values* (pp. 107-125). Routledge.
- Foucault, M. (2008). *El nacimiento de la clínica*. Siglo XXI.
- Foucault, M. (2015). *Historia de la locura en la época clásica. Tomo I*. Fondo de Cultura Económica.
- Grecco, D. (2003). La patologización mental de la identidad como estrategia deshumanizante: apuntes desde la fenomenología. En F. Romero, M. Santamaría y L. Sáez (Eds.), *Alrededor de la psique: reflexiones filosóficas sobre la psicopatología y su historia* (pp. 49-67). Universidad de Granada.
- Horwitz, A. (2002). *Creating Mental Illness*. The University of Chicago Press.
- Husserl, E. (2008). *La crisis de las ciencias europeas y la fenomenología trascendental* (J. Iribarne, Trad.). Prometeo.
- Lemoine, M. (2025). *Philosophy of Physiology* (1^a ed.). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781009370394>
- Lusardi, A. (2019). Current Trends in Medicalization: Universalizing ADHD Diagnosis and Treatments *Sociology Compass* 13: e12667. <https://doi.org/10.1111/soc4.12667>.
- McRuer, M. (2006). *Teoría Crip. Signos culturales de lo Queer y de la discapacidad*. Kaótica.
- Merleau-Ponty, M. (1993). *Fenomenología de la percepción*. Planeta-De Agostini.
- Merleau-Ponty, M. (2001). *Psychologie et pédagogie de l'enfant. Cours de la Sorbonne 1949*. Verdier.
- Merleau-Ponty, M. (2002). *El mundo de la percepción. Siete conferencias*. Fondo de Cultura Económica.
- Smith, M. (2012). *Hyperactive: The Controversial History of ADHD*. Reaktion Books.
- Sparaci, L. & Gallagher, Sh. (2025). A Kaleidoscope of Play: A New Approach to Play Analysis in Childhood. *Philosophical Psychology*, 38(2), 718-747. <https://doi.org/10.1080/09515089.2023.2234938>
- Srinivasan, A. (2018). The Aptness of Anger. *The Journal of Political Philosophy*, 26(2), 123–144. https://users.ox.ac.uk/~corp1468/Research_files/jopp.12130.pdf
- Tapia, J. A. & Espejo, M. (2016). Performatividad médica de la infancia en el abordaje pediátrico de enfermedades crónicas. *Quaderns de Psicologia*, 18(2), 85-96. <http://dx.doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1332>
- Tuncer-Ebetürk, I, Kim J., & Nuhoglu Soysal, Y. (2025). The global rise in children's attention-deficit/hyperactivity disorder prevalence: a macro-sociological explanation. *Social Forces*. <https://doi.org/10.1093/sf/soaf153>

- Welsh, T. (2013). *The Child Natural Phenomenologist. Primal and Primary Experience in Merleau- Ponty's Psychology*. Northwestern University Press.
- Wong, M (2021, enero 12). *What's behind the increase in ADHD*. Stanford University. <https://siepr.stanford.edu/news/whats-behind-increase-adhd>
- Wehrle, M. (2022). (Re)turning to Normality? A Bottom-Up Approach to Normativity. En S. Heinamaa, M. Hartimo e I Hirvonen (Eds.), *Contemporary Phenomenologies of Normativity: Norms, Goals, and Values* (pp. 199-218). Routledge.