

# La cara oculta del TDAH

## The hidden face of ADHD

Carlos Ramos Galarza  
Autor referente: ps\_carlosramos@hotmail.com

Universidad Internacional SEK Ecuador (Ecuador)

### Historia editorial

Recibido: 12/09/2015  
Aceptado: 26/05/2016

## RESUMEN

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es el principal diagnóstico psiquiátrico que reciben niños y adolescentes. Poco se ha relatado sobre los significados que se construyen alrededor de un individuo que recibe esta categoría diagnóstica, siendo la principal construcción social en torno a este trastorno, el de concebir a la persona que lo padece como un ser que posee una mente enferma, la cual debe ser medicada para enrumbarse en los estándares cognitivos y comportamentales establecidos desde la cultura, la ciencia, lo social, en fin, desde lo inventado por los humanos. En el presente artículo se juega a poner las manos en el fuego, para describir y analizar, desde un paradigma crítico, las prácticas ocultas que se construyen en lo implícito del diagnóstico del TDAH. La metodología seguida en este

estudio fue la revisión de artículos indexados en las bases de datos Latindex, Scopus y Web of Science desde el 2001 hasta el 2014. Los términos de búsqueda utilizados fueron construcción del TDAH, narrativa construida en el TDAH, significados que emergen en el TDAH, e investigación cualitativa en el TDAH, tanto en español como en inglés. La principal conclusión que emerge en el presente análisis es la invitación a reflexionar sobre el papel que jugamos los actores envueltos en la práctica de la salud mental infantil, en donde un diagnóstico psicopatológico puede influir de forma descomunal en la construcción de la identidad del ser humano, en especial de quienes pueden cumplir la sintomatología asociada al TDAH.

**Palabras clave:** Investigación cualitativa; Narrativa; TDAH.

## ABSTRACT

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is the primary psychiatric diagnosis that receive children and

adolescents. Little has been reported about the meanings that are built around an individual receiving this diagnostic category. The main social

construction on this disorder is to conceive of the person suffering from it as a being who has a sick mind which must be medicated for routing in cognitive and behavioral standards established culturally and socially. The present article describes and analyzes the different practices that are generated around the diagnosis of ADHD. The methodology used in this study was to review articles indexed in the databases Latindex, Scopus and

Web of Science from 2001 to 2014. The main search terms used were constructions of ADHD, narrative constructed in ADHD, meanings emerge in ADHD, and qualitative research in ADHD in Spanish and English. In conclusion is important to be responsible for the clinical practices that influence the construction of the identity of human beings, especially those who can meet the symptoms associated with ADHD.

**Keywords:** ADHD; Narrative; Qualitative research.

**E**l trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se ha convertido en un tema de gran interés, en especial por todo lo que se ha creado en torno a su etiología, diagnóstico y tratamiento; constituyéndolo como uno de los mayores problemas que aquejan a la salud mental infantil (De la Peña, Palacio, & Barragán, 2010).

En tal contexto, el interés central del presente artículo se proyecta en exponer los significados que se han construido socialmente alrededor de este cuadro. Significados que no siempre están a la vista, pero influyen en el comportamiento de padres, profesores, psicólogos, en fin, de todos los actores en la escenificación del TDAH. Como se lo manifestó en el resumen, se pondrá las manos en el fuego, puesto que se jugará a esclarecer prácticas que sólo pueden ser interpretadas desde un paradigma crítico y reflexivo, por tal razón, este artículo se denomina la cara oculta del TDAH.

Para cumplir con el objetivo manifestado, se analizará cómo se concibe al niño con este trastorno y la interacción entre los principales actores dentro del proceso diagnóstico del TDAH, en donde se buscará dejar sobre el tapete, la ingenuidad con la cual concebimos este trastorno. Además, se tiene como desafío el poner en evidencia qué intereses particulares se encuentran respaldando la construcción del TDAH, las

prácticas lingüísticas que se generan en torno a esta construcción y las consecuencias que tiene el diagnosticar TDAH.

Es importante aclarar al lector, que la perspectiva crítica y reflexiva del TDAH manifestada en el presente artículo, no tiene como meta determinar una nueva verdad absoluta de lo que se considera como TDAH, sino, interpretar desde un punto no común al del sistema establecido de lo que actualmente se concibe en torno a este cuadro.

La metodología seguida en el presente artículo es la revisión de estudios reportados en las principales bases de datos (Latindex, Scopus y Web of Science) relacionadas con las ciencias Psicológicas y el análisis desde la experiencia de varios años en la atención de población infantil en el servicio de neuropsicología. El criterio de selección de los estudios analizados se basó en escoger investigaciones de enfoque cualitativo constructivista, ya que en el presente estudio se pretende describir la percepción, subjetividad, experiencia y/o creencias que emergen de los actores envueltos en lo que se conoce como TDAH.

En este artículo se revisan alrededor de veinte y cinco artículos, los cuales afirman que alrededor de este trastorno se han construidos diversos significados que influyen en la identidad del ser humano identificado con esta sintomatología. Los años que cubrió la revisión van desde el 2001 hasta el 2014. Los términos utilizados en la búsqueda de los estudios fueron: construccionismo social del TDAH, narrativa construida en el TDAH, significados que emergen en el TDAH e investigación cualitativa en el TDAH, los términos descritos fueron ingresados en las bases de datos, tanto en español como en inglés.

## **Significados contruidos en torno al TDAH**

El primer punto que debe ser resuelto en una mirada crítica del TDAH es analizar desde dónde viene este concepto, cómo surgió y si este punto inicial puede generar influencia alguna en el ser humano que lo presenta. Por tanto, se iniciará describiendo el surgimiento de la categoría diagnóstica TDAH.

En el desarrollo histórico de este trastorno se han utilizado varios términos que han construido esta patología mental. Rafalovich (2001) hace un recuento del origen del término TDAH y expone que en éste se han utilizado un amplio número de terminologías a lo largo del tiempo, por ejemplo, para referirse al diagnóstico de niños con TDAH se han utilizado diversos conceptos, es así que, a finales del siglo XIX se utilizó el término “imbecilidad”, a principios del siglo XX “estupidez” y desde 1920 a la actualidad “encefalitis letárgica, daño cerebral mínimo, hiperkinesia, desarrollo atípico del ego (...)” hasta llegar a la actual categoría diagnóstica: trastorno por déficit de atención con hiperactividad (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Como se puede observar, el afirmar que un niño tiene TDAH, es poner sobre sus hombros una larga historia de adjetivos calificativos que se asocian con la anormalidad del ser humano, con lo no aceptado, con lo atípico, con lo rechazado, con lo enfermo, lo debajo de la norma, y demás.

Otro punto en el desarrollo histórico del TDAH, es el reporte inicial de casos de niños que presentaban la sintomatología clásica del trastorno (excesiva actividad motora, dificultades atencionales e impulsividad), en donde se cita innumerable número de veces los documentos científicos relatados a inicios del siglo XX por Hoffman y Still (Singh, 2008), sin la precaución de hacer un análisis divergente del surgimiento de estos relatos. En este sentido, Singh (2008) cuestiona que lo expresado por estos dos autores, sobre los comportamientos de excesiva inquietud motora, vistos en esa época, no eran algo anormal como son concebidos actualmente. Un primer punto de

reflexión, el TDAH podría ser considerado como tal, dependiendo el paradigma con el que se conciba el comportamiento humano y en el contexto en el que se encuentre.

Este punto de partida pone en manifiesto el lugar de donde emerge el TDAH y hasta dónde ha llegado en la actualidad. Desde un paradigma constructivista, se entiende que los individuos viven en concordancia con las historias que cuentan a partir de sus vidas, en realidad, los relatos de un individuo guían su vida, la constituyen y la engloban (Pedraza, Perdomo, & Hernández, 2009). En tal sentido, un aspecto pequeño que empieza a surgir en la cara oculta del TDAH es la influencia en la construcción del ser, de su identidad, en torno a lo conceptualizado como TDAH. Es más, en la práctica clínica he podido presenciar niños que afirman, “yo soy TDAH, por favor, no me pidas que me concentre en una tarea escolar”.

Un punto importante que surge en este momento, que si bien el objetivo de este artículo es exponer los diversos significados que se construyen alrededor del TDAH, es importante realizar una breve descripción de lo que se ha construido alrededor de este trastorno en la esfera médica experta, sin el ánimo de hablar más de lo mismo, y convertir a este trabajo en la clásica copia de los criterios diagnósticos de los clasificadores DSM o CIE.

Hoy en día el TDAH es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por excesiva actividad motora, impulsividad y déficit de atención. En esta concepción actualizada de trastorno del neurodesarrollo, se mantienen los mismos 18 ítems de diagnóstico (revisar DSM-V APA, 2013) que se manejaban en anteriores clasificadores de trastornos mentales como el DSM-IV (American Psychiatric Association [APA], 2000), sin embargo, se los ha contextualizado para que dichos criterios puedan ser valorados, además del contexto infantil, en el ámbito adulto laboral y que la edad de inicio del trastorno sea antes de los 12 años de edad.

Diversos estudios afirman que la condición psicopatológica del TDAH afecta el desempeño académico, comportamental, cognitivo, social y familiar de entre el 3% y

10% de la población infantil (De la Barra, Vicente, Saldivia, & Melipillan, 2013; Ramos, Bolaños, & Ramos, 2015; Vélez-Van-Meerbeke, Zamora, Guzmán, López, & Talero-Gutiérrez, 2013).

Además, se sustenta el cambio de etiqueta jerárquica de trastorno del comportamiento a del neurodesarrollo, por la relación existente entre el cuadro comportamental observado en el TDAH y la disfunción cerebral que presentarían los seres humanos con este trastorno (APA, 2013). Sin embargo, esta relación no ha sido totalmente comprobada y todavía se mantiene la postura de que el TDAH tiene un origen multicausal, en donde no existe una teoría contundente que logre explicar la condición etiológica de este trastorno o, en el mejor de los casos, exista un marcador biológico que permita predecir y controlar la presencia de esta condición patológica (Da Cosata, Maia, & Gomes, 2009).

Una vez contextualizado lo que es el TDAH y su influencia en la construcción del ser, se procederá a profundizar en los significados ocultos que se han construido de forma social alrededor del TDAH, jugando a develar esa parte oculta de la cara del TDAH.

De tal manera, en un estudio publicado por los colegas Martin, Pescosolido, Olafsdottir, & McLeod (2007) se encontró que alrededor del TDAH se han edificado creencias que legitiman al niño con este trastorno, como un individuo con mal carácter, dueño de un síndrome que es producto de un desequilibrio químico en el cerebro, que vive circunstancias estresantes, que posee algún problema genético o hereditario, que es falta de disciplina, que abusa de los alimentos con químicos, de los videojuegos y programas televisivos violentos.

Estas categorías lingüísticas se usan indiscriminadamente en el medio en el cual se desarrolla el niño con TDAH, además que, es importante dejar en claro que, el lenguaje es el elemento central de generación de significados y de la concepción de la realidad (Gosende, 2001), es decir, nuestras narrativas son una especie de gafas con las cuales podemos ver al mundo, por tanto, el que un niño reciba un diagnóstico

psiquiátrico como el TDAH, no sólo determina su identidad en torno a esta etiqueta, sino que, produce un cúmulo de significados culturales en añadidura.

En concordancia con lo afirmado, Legnani (2012) realizó un estudio en el cual reporta que la formación discursiva desde la esfera médica y educacional, en torno a un menor con TDAH, es la de construir su identidad como la de un ser humano con problemas neurológicos; la de un sistema nervioso necesitado de fármacos para funcionar dentro de lo establecido como normal.

Desde otra perspectiva, Danforth y Navarro (2001) investigaron las prácticas lingüísticas relacionadas con el TDAH que se utilizan en el día a día, encontrando la existencia de un discurso médico y un discurso escolar que representa a un menor con TDAH, en donde se lo construye como un ser con impulsividad, excesiva actividad motora, con problemas para prestar atención, sin la capacidad de organizar sus cosas, sin la habilidad de terminar una tarea, con un procesamiento de la información lento, es el niño que tiene dificultades en la ortografía, no es capaz de quedarse quieto o quien tiene energía en exceso.

Analizando detenidamente el contenido de estos discursos y basado en la comprensión de que el lenguaje transmite imágenes, conceptos e ideas que tienen existencia y significado en una determinada práctica cultural (Gergen, 2007), el ser diagnosticado TDAH engloba una mayor problemática que la descrita en los clasificadores de trastornos mentales, es que considero que, el emitir el diagnóstico del TDAH es hacer más daño del que la naturaleza ya se encargó de hacer, ya que aseverar que el niño es un caso con TDAH, es afirmar de forma implícita, que ya no un ser humano con potencialidades, es un ser TDAH.

En el 2002, Jacobson realizó un estudio en el cual evaluó a niños considerados normales en Inglaterra y niños etiquetados como TDAH en los Estados Unidos. Este autor concluyó que el número de casos es mucho mayor en los Estados Unidos a diferencia de Inglaterra, ya que en los Estados Unidos se ha generalizado el

etiquetamiento de TDAH a niños con comportamientos que en otros contextos serían “normales”.

En este sentido, Lindstrøm (2012) afirma que la categoría social de trastorno mental está construida con anteojos paradigmáticos que permiten ver y evaluar una determinada realidad, es decir, los anteojos del TDAH permitirían ver TDAH, bajo esa expresión, contextos escolares y del hogar, en los cuales existan actividades poco motivantes, tareas pesadas, clases monótonas y repetitivas, crearían la posibilidad de identificar comportamientos hiperactivos, impulsivos y desatentos.

Desde Gergen (1996), toda verdad adquiere su validez en el marco de la comunidad que la construye y la legitima como tal, la verdad parece ser una cuestión de perspectivas, producto de intercambios y consensos sociales, la realidad es un conglomerado de significados conversacionales que son socialmente compartidos.

En tal sentido, Barclay (2008) indica que cuando se refiera a la existencia del TDAH, se debe poner de manifiesto que, lo que para un contexto podría definirse como comportamiento perjudicial, no puede ser considerado necesariamente igual en otro. Además, estas consideraciones de percibir como real un trastorno del neurodesarrollo y diagnosticarlo como tal, generan prácticas de etiquetamiento de discapacidad que tienden a excluir a los niños en los entornos en los cuales se desarrollan.

Untoiglich (2011) afirma que el modo de mirar a un niño se relaciona con el modo de nombrarlo, al lugar en el que se lo ubique en función de sus atributos. Cuando un niño habla de sí mismo como un individuo que se construye bajo una realidad con TDAH, su subjetividad quedará clasificada dentro de esta verdad construida y aceptada como tal.

En afirmación a lo indicado, Brian (2005) sostiene que el TDAH es un producto de los problemas de la práctica educativa, en donde las dificultades de la conducta o el fracaso en el aprendizaje, han sido transferidos a un modelo que identifica a cualquier



niño que no concuerde con el sistema, como un potencial sujeto con trastorno mental y futuro candidato para acceder al psicofármaco.

En este punto, es interesante plantear la interrogante: ¿son los niños quienes tienen problemas de aprendizaje o es el sistema educativo el que tiene dificultad para la enseñanza en una sociedad, donde se hiperestimula a nuestros hijos? (Jou, Amaral, Pavan, Schaefer, & Zimmer, 2010). Una pequeña reflexión como neuropsicólogo y profesor, es que, actualmente los niños, adolescentes y jóvenes viven en un contexto donde sus cerebros procesan la información a ritmos elevadísimos, a diferencia de generaciones anteriores. De manera que, sus sistemas activadores reticulares ascendentes (SARA) están habituados a mantener un tono cortical y vigilia elevados, naturalizados para su realidad, sin embargo, al ir a clases, se encuentran con un contexto monótono, en donde su SARA debe descender enormemente para adaptarse, sin embargo, este proceso es de alta complejidad y no siempre lo logran los estudiantes.

Otro acercamiento de respuesta a la interrogante planteada en el párrafo previo, es lo afirmado por Jacobson (2002), quien es enfático en aseverar que un comportamiento escolar asociado al TDAH, respondería a lo que cada profesor concibe como TDAH y los estándares permitidos por las instituciones educativas tanto privadas como estatales. En tal sentido, la existencia de un niño con TDAH, dependería en cierta medida, del nivel de tolerancia del profesor a su cargo.

El niño que presenta un cuadro de TDAH, no sólo debe experimentar su sintomatología en el medio escolar, sino que en el contexto de familia también se generan construcciones alrededor de esta categoría diagnóstica. Según Danforth & Navarro (2001), en el medio familiar del niño con TDAH emergen significados en los cuales, se afirma que es éste quien padece y tiene un trastorno, lo cual genera que su familia actúe con el niño en relación al rótulo del síntoma manifiesto; además, la narrativa del menor considerado TDAH se caracteriza por una autopercepción de

carencia, inseguridad y minusvalía (Pedraza et al., 2009). Este tipo de prácticas sociales lingüísticas no sólo construyen identidades individuales, como es el caso del niño con el diagnóstico, sino la identidad de la familia en general (Danforth & Navarro, 2001).

En tal sentido, en la práctica clínica he sido testigo, de niños que realmente no presentan un TDAH, sin embargo, su sintomatología engloba la caracterización de este trastorno. Sin duda un psicólogo novato, emitiría este diagnóstico. Estos niños que intento describir, son niños que pueden estar atravesando cuadros de ansiedad por separación, por ejemplo, cuando experimentan la separación de sus padres, en donde, al encontrar un profesional que afirme que es el niño el que posee un trastorno, hace que sus padres pierdan responsabilidad en el comportamiento del paciente identificado, es más, como el niño posee un diagnóstico de TDAH, el fármaco lo cura y listo, no se deben detener a reflexionar sobre su conducta y la influencia en el niño.

En cuanto a la percepción de los padres sobre el TDAH de sus hijos, Vásquez, Benítez, Izquierdo, Dueñas, Gómez, & Caicedo (2011) afirman que los padres de niños diagnosticados con TDAH, consideran que la mayor problemática no tiene una relación directa con los rasgos clínicos principales del trastorno, sino con sus consecuencias desadaptativas en el medio escolar. Es más, el principal objetivo de un padre de un niño con TDAH es que tenga éxito en la escuela, a pesar de que en otros contextos pueda fracasar.

En relación a lo afirmado previamente, Sikirika y sus colaboradores (2014), reportan en un estudio que existen diferencias entre la percepción de niños y adolescentes sobre su cuadro TDAH, en relación a la construcción del cuadro realizado por sus padres al momento de acudir a la consulta con el especialista. En tal sentido, los niños y adolescentes describen un nivel mayor de problemática en la realización de actividades académicas, mientras que, los padres reportan un mayor nivel de dificultad de los niños o adolescentes en la interacción social con sus compañeros de escuela.

En tal sentido, se puede apreciar como la carga emocional y percepción individual de los padres del niño influyen en el análisis de un posible caso TDAH, estudio diagnóstico que, según la APA (2013), se basa en afirmar la presencia o ausencia de un mínimo de ocho síntomas de hiperactividad/impulsividad e igual número en déficit de atención, de un total de dieciocho ítems que determinan entre que un niño posea o no este diagnóstico psiquiátrico. De manera que, otro aspecto que surge en la cara oculta del TDAH, es un sesgo en torno a la percepción y construcción de lo que es normal, por parte de los padres del niño con el posible TDAH.

Otro aspecto mencionado por Sikirika y sus colaboradores (2014) es el hecho de que, los padres de niños con TDAH al recibir el diagnóstico de este trastorno poseen un limitado conocimiento de lo que engloba este trastorno, lo que genera que los adultos responsables del niño acepten sin mayor crítica esta condición. Dicha situación de ingenuidad, hace que el discurso médico experto sea el que determina el rumbo que debe seguir el niño, y en la mayoría de casos, los padres se vuelven cómplices de tratamientos farmacológicos por su ingenuidad y falta de conocimiento sobre posibles efectos adversos o quienes verdaderamente se benefician de estos círculos de establecimiento del poder.

Por otro lado, no sólo en el hogar o en la escuela se construye al TDAH, sino que existen otros contextos que también influyen de manera implícita, la relación entre lo normal y lo patológico del comportamiento humano. Es así que, Norris y Lloyd (2000) realizaron un estudio de análisis de contenido de lo que los medios de comunicación construyen como significados alrededor del TDAH, encontrando que, la representación de este trastorno en la prensa tiende a estigmatizar y medicalizar esta condición, lo cual genera prácticas de marginación a los niños diagnosticados con TDAH y encontrar al medicamento como la única cura para este mal.

Clarke (2011) realizó un análisis de cómo se ha concebido al TDAH en revistas populares durante el inicio del actual siglo XXI. En las conclusiones del trabajo del

autor mencionado, se describe que, el contenido encontrado en este instrumento de comunicación demuestra amplia ambivalencia entre si existe o no el TDAH. A pesar de no explicarlo con claridad, se asume que el TDAH respondería a alteraciones biológicas o genéticas. Los reportajes analizados muestran polémica en cuanto a la medicalización del TDAH y la afirmación del discurso de que el TDAH es la gran problemática sufrida por la humanidad actualmente.

Otro campo en el cual se legitiman las prácticas de aceptación de los trastornos mentales o comportamentales, son las normativas de protección a los derechos del niño, ya que en su contenido explícito se busca crear argumentos para proteger a los niños con TDAH, lo cual busca, según Brian (2005), construir un bienestar o curas para un problema construido socialmente, sin embargo, implícitamente este tipo de prácticas lo que generan es una reafirmación de la existencia de este trastorno. En tal sentido, se observa que actualmente existen políticas en donde los mandatarios invierten gran cantidad de dinero en fármacos para tratar a los niños con TDAH, con la esperanza de que este mal no incida negativamente en el futuro de la población en general.

Desde la mirada constructivista los trastornos psicológicos son una realidad construida por un contexto sociocultural y biomédico, con una clara función para la homeostasis de los sistemas (Gómez, 2012). En especial, para los que más se benefician y sin duda en este punto se habla de dinero, ya que existen empresas con poder mundial que gozan de la existencia de trastornos como el TDAH.

Lo descrito hasta este punto del presente artículo nos lleva a profundizar en otra categoría dentro de lo oculto que se edifica en torno al TDAH, la práctica médica.

### **Modelo Médico y TDAH**

El TDAH cumple un importante papel dentro del mercado médico, en el cual se financian grandes investigaciones, sencillos métodos de diagnóstico, expertos que

educan sobre este tema y una extensa información en internet al alcance de todos, lo cual crea una cultura de biomedicalización; realidad en donde el niño con TDAH es concebido como un individuo con una discapacidad para el aprendizaje o la sociabilidad (Clarke, 2011; Iriart & Iglesias, 2012). Además, se debe tener presente que, la estrategia más común de intervención en el TDAH es el tratamiento farmacológico (Roca, Mulas, Gandía, Ortiz-Sánchez, & Abad, 2013), lo cual se vuelve una piedra angular en el presente análisis.

Desde una postura crítica, se puede observar como el niño considerado TDAH, desde el saber médico científico, es una pieza clave dentro de los intereses económicos que se encuentran ocultos en esta práctica diagnóstica (Gosende, 2001), en donde la única solución para controlar este problema es suministrar un fármaco, para quien puede pagarlo, reafirmando lo que en su momento expreso Foucault (1976), la salud compone un sueño para unos y un lucro para otros.

Dentro de los intereses económicos que rodean al TDAH, Mayes, Bagwell, & Erkulwater (2009) reportan un estudio donde se describe que, en los Estados Unidos, durante la década de 1991 y 2001 aumentó el uso de medicamento para tratar este trastorno, en donde las ganancias de la empresa farmacológica aumentaron de 0,6 billones a 6,7 billones de dólares en el lapso del tiempo indicado. Lo que convierte al TDAH en un importante mercado y fuente de monstruosos ingresos económicos a nivel mundial.

Desde un discurso médico del TDAH, en el año 2010, un grupo de especialistas crea la "Declaración de Cartagena para el TDAH: rompiendo el estigma", en el cual se indica la terrible problemática que es el poseer TDAH, la escalofriante prevalencia de treinta y seis millones de personas con este trastorno (ubicadas en América Latina) y las únicas medidas para su solución el tratamiento psicológico y farmacológico (De la Peña et al., 2010).

El discurso presentado anteriormente toma su legitimación en prácticas simbólicas como en el contexto educativo, cuando el profesor indica: “realmente creo que estos chicos TDAH pueden ser ayudados con medicina” y conduce a que una madre acuda donde varios especialistas, con el fin de encontrar uno que recete el fármaco milagroso para moderar el comportamiento de su hijo (Danforth & Navarro, 2001).

Los malos comportamientos y lo que se concibe como estar “anormal” en un niño con TDAH es producto de la negociación cultural basada en lo ofrecido por el conocimiento de neurología y psiquiatría (Danforth & Navarro, 2001). Saberes que se encuentran legitimados y condensados formalmente en manuales diagnósticos, que hacen que la práctica de etiquetamiento sea legal y profesional, aunque basada en un simple checklist de dieciocho síntomas, que pudieran determinar el que un niño sea etiquetado con TDAH de subtipo desatento, subtipo hiperactivo/impulsivo o combinado (APA, 2013).

Según Layunta & Íñiguez (2005) actualmente la psicología basa, una buena parte de sus prácticas en el manual diagnóstico DSM, sistema de clasificación criteriológico y estadístico que no elabora ninguna teoría explicativa sobre las patologías enumeradas. Si consultamos dicho manual, en él encontramos lugar para el dolor, por lo que, éste pasa a ser clasificado como psicopatología.

En el DSM, el dolor está incluido con el nombre de trastorno. Este clasificador nos habla de un dolor disfuncional (se pierde en esta definición la idea del “dolor útil”) pues altera la vida del individuo en sus dimensiones individual y social (Layunta & Íñiguez, 2005).

Molinari (2003) afirma que el clasificador de enfermedades mentales (DSM) debería ser tomado más como un registro saturado de valores de los estilos de comportamientos contemporáneos, más que como un espejo de la realidad. A su vez Thapar, Langley, & Muñoz-Solomando (2013) afirman desde una postura constructivista, que las condiciones de diagnóstico no se establecen en piedra, ni son

perfectas representaciones de la realidad, sino que en ocasiones este proceso de etiquetamiento puede estar influenciado por lo que el individuo, que realice el análisis, haya conformado dentro de su sistema cognitivo como anormal o patológico.

Iriart & Iglesias (2012) indican que una razón de la gran difusión de los manuales diagnósticos radica en el hecho de que las revistas de gran impacto científico, en el campo de la salud mental, requieren que en una investigación se haya usado el DSM para considerar su publicación. Además, para que un trastorno sea considerado dentro de la cobertura médica, por parte de una aseguradora, es indispensable la presencia del código del DSM, lo cual puede generar círculos viciosos en donde el padre del niño, con tal de recibir la cobertura de su atención, permita que se establezca un diagnóstico basado en lo afirmado por el DSM o el CIE (Organización Mundial de la Salud, 1992), sin realizar una mayor crítica de todos los fenómenos que se pueden generar cuando un niño recibe una etiqueta de TDAH.

Las definiciones de los trastornos mentales nos son necesariamente un indicador de condiciones clínicas objetivas, sino en muchos casos, el producto de un proceso influenciado por factores económicos, políticos, culturales e ideológicos (Iriart & Iglesias, 2012).

Según Gómez (2012), el plan de tratamiento para un niño que en la escuela es observado como “hiperactivo”, “impulsivo” o “desatento” es remitirlo a un psicólogo, concebido como especialista en tratar la psiquis humana, el cual (en la mayoría de oportunidades) remite al neurólogo, el profesional para sanar cerebros, haciendo que la situación del menor sea definida como un suceso totalmente corporal, en donde no son reconocibles ni tratables componentes que no sean de tipo orgánico (Gómez, 2012). En tal sentido, la práctica profesional de realizar un diagnóstico diferencial es olvidada, y se legitima al TDAH como un problema del cerebro que se cura con fármacos, sin tener presente, como lo reportaron Romero, Robles, & Lorenzo (2006), que un cuadro comportamental caracterizado por sintomatología externalizada como el

TDAH, se podría originar por factores emocionales o dificultades en la interacción del núcleo familiar del niño evaluado.

Los padres bajo el asesoramiento del médico, construyen su discurso sobre el TDAH como una enfermedad neurológica similar a la epilepsia, y es indispensable recibir fármacos para obtener una solución, lo cual legitima al TDAH como una enfermedad que debe ser controlada (Norris & Lloyd, 2000).

En un estudio realizado por Carneiro da Silva, Serralha, & Silveira (2013), en donde, mediante entrevistas en profundidad con familiares de niños con este trastorno, se encontró que, el familiar del niño con TDAH tiene un desconocimiento del por qué su hijo es remitido al servicio de neurología, además, en dicho estudio se describe la ansiedad que produce en el padre, el que un hijo reciba un medicamento para tratar un problema que es comportamental. Lo cual reafirma la ingenuidad del padre en el proceso de diagnóstico y tratamiento de su hijo, ya que, como todo buen padre, busca el bienestar de su hijo al costo que sea, sin embargo, esta ingenuidad hace que, en ocasiones, el niño se vuelva una pieza más en el terreno económico que envuelve el TDAH.

En el proceso diagnóstico del TDAH, el actor principal, el niño, es olvidado en toda la puesta escénica clínica, ya que, a pesar de que se hable todo el tiempo de él, se lo deja de lado en el análisis de los criterios diagnósticos que evalúa el clínico (Carneiro da Silva et al., 2013), es como si se construyera un acuerdo entre los padres y el especialista, sin embargo, no se toma en consideración otros factores (no mencionados en el listado de criterios diagnósticos) que podrían estar generando el cuadro del niño.

En tal sentido, Kristensen & Mørck (2014) reportan un estudio donde se analiza la gran controversia dentro del uso de tratamiento farmacológico en el TDAH; el caso de un niño que recibió el diagnóstico TDAH, quien se manifestó en contra de recibir medicación y fue obligado a su ingesta. Esto permite reafirmar el poco o nulo papel



que cumple el niño en el proceso de diagnóstico y medicalización de este trastorno, en donde los principales actores son los cuidadores del niño y el experto que analiza el caso.

Ahmed, Borst, Yong, & Aslani (2014) luego de realizar grupos focales con 16 padres de niños con TDAH, describieron que éstos tienen un conocimiento limitado de los medicamentos que reciben sus hijos y que la información ofrecida como explicación de este cuadro es demasiado artificial y no responde a sus realidades. Además, los padres expresan la necesidad de crear grupos de apoyo para acceder a información que les permita comprender la evolución y manejo de este cuadro.

En cuanto a la percepción de adolescentes con TDAH y sus padres, en relación al uso del medicamento como medio de tratamiento de este trastorno, se realizó un estudio (Charach, Yeung, Volpe, Goodale, & dosReis, 2014) basado en entrevistas en profundidad a 12 adolescentes con TDAH y sus padres. La teoría sustantiva que surgió de esta investigación indica que los adolescentes y los padres, tienen una percepción distinta sobre el uso del fármaco.

Los adolescentes describen 4 categorías sobre el uso el medicamento: (1) beneficios en su comportamiento, (2) cambios en el sentido de sí mismos, (3) efectos adversos y (4) el deseo de interrumpir su uso. En cambio, de la codificación de los datos de los padres emergieron 3 categorías: (1) la medicación debería ser el último recurso como tratamiento del TDAH, (2) el deseode que la ingesta del fármaco permita al niño alcanzar su potencial y (3) preocupaciones acerca de los efectos adversos y largo plazo.

Un estudio realizado por Moen, Hall-Lord, & Hedelin (2014) mediante un enfoque fenomenográfico que incluyó a varios miembros de la familia de 17 niños con TDAH, permitió identificar dos categorías importantes en la interpretación de este fenómeno de estudio, por un lado, esta el salvaguardar el funcionamiento familiar y la lucha por la aceptación e inclusión del miembro de la familia con este diagnóstico. Además,

afirman que el TDAH no sólo afecta al niño que presenta dicha sintomatología, sino que a la estructura y estabilidad familiar, por lo que es indispensable que todos los miembros de la familia reciban apoyo antes de que sus problemas se agraven.

Finalmente, Wilson (2013) indica que la forma de tratamiento y la creencia de que el TDAH es una disfunción del cerebro, tiene la misma condena o efecto que cuando se etiquetó a los homosexuales como enfermos mentales hace cincuenta años, este tipo de prácticas sociales conducen a nombrar al otro como un objeto con una identidad basada en un diagnóstico prescrito, una realidad donde los niños no tienen poder en la toma de decisiones sobre lo que es el asunto con ellos y su expresión sobre lo que sucede.

Cerraré este artículo parafraseando a Foucault (1976), quien afirma que el desconocimiento ya ha dejado de ser peligroso, y el peligro radica en el propio conocimiento. El conocimiento científico, no sólo es peligroso por sus consecuencias inmediatas para el niño o adolescente, sino a nivel de la propia construcción histórica. Únicamente luego de que veamos los efectos de la actual generación de niños diagnosticados y tratados farmacológicamente por el TDAH, seremos capaces de comprender e interpretar si el actual saber científico fue peligroso o no.

### **Discusión y conclusiones**

En el presente artículo se han descrito diversos significados que se construyen en el interaccionismo de los actores involucrados en el TDAH, los cuales emergen como la cara oculta de este trastorno, que no siempre es relatada, o al menos, no siempre quiere ser vista.

Se ha partido describiendo la conceptualización de la terminología utilizada para referirse a los seres humanos que cumplen la sintomatología del TDAH. Se han identificado diversas categorías que influyen de manera negativa en la identidad del ser humano que recibe este diagnóstico, éstas han ido modificándose desde concebir

a los niños con sintomatología hiperactiva, impulsiva y desatenta dentro de la imbecilidad, estupidez, encefalitis letárgica, daño cerebral mínimo, desarrollo atípico del ego y TDAH.

En diversas investigaciones se han reportado prácticas lingüísticas que expresan como el niño con este diagnóstico, recibe un adjetivo científico que lo identifica como un ser con limitaciones para cumplir los parámetros socialmente establecidos.

Desde las diferentes prácticas discursivas, tanto a nivel familiar como escolar, a un niño con TDAH se lo termina concibiendo como un individuo con una discapacidad, éste es reducido a ser un objeto enmarcado con limitaciones para controlarse, prestar atención o como un ser incapaz de autorregular su comportamiento.

En cuanto a la construcción de la realidad que engloba el TDAH, se dejó en claro que este trastorno responde al paradigma con el cual se mire y evalúe a un individuo, ya que este trastorno es una construcción humana, producto de la negociación entre diversas disciplinas científicas, más no una verdad absoluta. En tal sentido, se generan ciertos fenómenos en la praxis del trabajo con niños que podrían ser considerados TDAH.

Una de ellas es la posición del adulto que evalúa el comportamiento del niño, ya que su percepción del problema es filtrada e influenciada por la construcción que haya realizado de lo que es un trastorno del comportamiento, o lo que éste entienda como una dificultad, la misma que es relativa, porque responde a un contexto social, cultural o familiar en donde haya construido sus significados de lo disruptivo y aceptable en relación al comportamiento.

Otro fenómeno es la disociación entre la percepción del problema TDAH por parte de los diferentes actores envueltos en este fenómeno. Por una parte, los pacientes identificados con el trastorno reportan mayores dificultades en lo pedagógico, a diferencia de sus cuidadores, quienes reportan que la principal dificultad observada es la conducta del paciente analizado. En tal situación, y tomando en cuenta que el

cuidador es quien afirma la presencia o ausencia de los criterios diagnósticos del trastorno en cuestión, sería interesante reflexionar que sucedería si el momento de evaluar un posible caso TDAH, únicamente se tomará en consideración la percepción del paciente; sería probable que dicho individuo no cumpla los criterios diagnósticos que se enumeran en los manuales de evaluación de este trastorno.

Por otro lado, se describe que el TDAH ha pasado de ser considerado como un trastorno del comportamiento, a un trastorno del neuro desarrollo, ya que se afirma que su principal facto etiológico se originaría en una disfuncionalidad cerebral, sin embargo, el avance científico no ha entregado pruebas contundentes que afirmen dicha posición hipotética. En tal panorama, se puede suponer que el TDAH es un conjunto de significaciones que siguen en construcción y que no se ha dicho la última palabra en torno a este saber.

En cuanto a la dinámica familiar de un niño identificado con TDAH, se ha descrito que ésta se afecta a partir de que el niño recibe la etiqueta diagnóstica. Esta interacción cambia en el sentido de que la familia empieza a girar en torno del síntoma manifiesto del paciente. En tal sentido, existe un desgaste no sólo del niño con el cuadro, sino también de los diferentes miembros que conforman el núcleo familiar, por lo que es importante indicar que las personas cercanas al sujeto identificado con el trastorno también deberían participar en el tratamiento de este cuadro.

En el proceso diagnóstico de un niño con TDAH se cumplen varias etapas, las cuales inician con la detección del problema por parte de un adulto. El siguiente punto es remitir al niño al Psicólogo, quien a su vez remite al neurólogo. De tal manera, que se establece una secuencia de causalidad que configura la situación del niño como un problema orgánico cerebral, lo cual deja de lado los posibles diagnósticos diferenciales en donde se analice la dinámica contextual en la cual se desenvuelve el niño, factor que podría ser el que explique el cuadro. Sin embargo, este proceso en la mayoría de las veces no se lo cumple, y el niño recibe indiscriminadamente, primero el diagnóstico

psiquiátrico, y en una siguiente fase, el tratamiento farmacológico, sin que exista un espacio para una reflexión crítica en donde se considere que no todos los casos con hiperactividad, dificultades atencionales e impulsividad se deben a disfuncionalidades del sistema nervioso, sino como consecuencia de una problemática psicosocial a la cual está expuesta el paciente identificado.

Además de lo acontecido en el medio familiar o escolar del niño con este cuadro, se ha descrito prácticas que se encuentran de forma imperceptible en la sociedad y que refuerzan la existencia de este trastorno. Una de ellas es la influencia de los medios de comunicación, en donde se afirma que el TDAH es un problema orgánico y que la única solución de este mal es recibir un medicamento.

Por otra parte, se ha dejado sobre la mesa el discurso médico con referencia al TDAH. Un discurso, que legitima al niño con esta problemática como una mente con dificultades, que necesita ser medicada para adaptarse a los estándares del mundo actual.

Se ha analizado el modelo médico que se sigue en el tratamiento del TDAH, el cual se basa en la administración de fármacos a los individuos que cumplen el número de síntomas descritos en los manuales diagnósticos. En este panorama, se ha relatado que los profesores cumplen el rol de entregar al fármaco la responsabilidad de que un niño pueda adaptarse a las normas disciplinarias o propuestas académicas de una institución educativa, sin detenerse a reflexionar, que el problema del estudiante podría desencadenarse por metodologías educacionales o contextos educativos poco motivantes para los estudiantes.

Por otra parte, los padres afirman que el uso del fármaco debería ser el último recurso a seguir en este tratamiento, además, proyectan el anhelo de que este proceso de intervención ayude a que su hijo desarrolle todo su potencial. En cambio, los niños y adolescentes que reciben el fármaco, afirman que la medicación genera beneficios en

su comportamiento, cambios en la esencia de sí mismos y el deseo de interrumpir el uso del fármaco.

En dicho proceso de medicalización se genera una especie de negociación entre los adultos que determinan el diagnóstico del paciente, quien poco o nada de atención recibe en este asunto, e incluso, se ha reportado que a pesar de que un niño se oponga a recibir fármaco como medio de tratamiento del TDAH, no se toma en consideración la opinión del éste y se realiza la ingesta del medicamento recetado.

Una pieza clave y beneficiaria directa de la práctica del TDAH es la empresa farmacológica, ya que detrás de todo este fenómeno social existen intereses mercantilistas, en donde la gran cantidad de niños que reciben el fármaco, generan ganancias de billones de dólares a las empresas que producen estos dispositivos mágicos que curan el mal comportamiento.

Otro elemento importante en la práctica del TDAH son los padres o cuidadores del niño identificado con el trastorno, quienes, en gran medida, desconocen lo que significa acudir al neurólogo, lo que engloba un diagnóstico psiquiátrico y los posibles efectos del tratamiento farmacológico. Esta situación genera que el padre del niño con TDAH posea poca reflexividad o crítica sobre el proceso al cual ingresa su hijo, lo cual convierte, tanto a padres como a niños, en receptores pasivos del conocimiento científico médico que engloba el trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Como conclusión práctica para la intervención de este fenómeno social, se considera que el profesional en salud mental debe desarrollar una mirada crítica de lo que se concibe como trastorno mental, puesto que el discurso elaborado para tratar a un individuo, puede ser bajo una perspectiva de construirlo como una mente afectada, que entraría a formar una pieza más del engranaje descrito en este artículo como TDAH.

Finalmente, es importante mencionar que la mirada epistemológica del TDAH abordada en el presente artículo, busca dejar en manifiesto la otra óptica no

mencionada sobre este trastorno, su cara oculta, claro no toda porque este análisis esta sesgado por la subjetividad del autor, sin embargo, se convierte en una propuesta que invita a usar, una especie de nuevas gafas para ver una realidad oculta, sin el ánimo de imponer una nueva verdad absoluta de concebir a este fenómeno, pero sí con el objetivo de devolver la responsabilidad, que cada uno posee, en la percepción del ser humano y en la construcción del mundo en el cual habitamos.

### Referencias

- Ahmed, R., Borst, J., Yong, C., & Aslani, P. (2014). Do parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) receive adequate information about the disorder and its treatments? A qualitative investigation. *Patient Preference and Adherence*, 8(8), 661-670.
- American Psychiatric Association. (2000). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales *DSM-IV - TR*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5* (5a ed.). Arlington, VA: Autor.
- Barclay, A. (2008). Does Peter Have Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)? *Journal of Religion, Disability & Health*, 12(4), 330-346.
- Brian, K. (2005). The Risk Society and Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): A Critical Social Research Analysis Concerning the Development and Social Impact of the ADHD Diagnosis. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 7(2), 131-142.

- Carneiro da Silva, C., Serralha, C., & Silveira, A. (2013). Análise da demanda e implicação dos pais no tratamento infantil. *Psicologia em Estudo*, 18(2), 281-291.
- Charach, A., Yeung, E., Volpe, T., Goodale, T., & dosReis, S. (2014). Exploring stimulant treatment in ADHD: narratives of young adolescents and their parents. *BMC Psychiatry*, 14(110), 2-11.
- Clarke, J. (2011). Magazine portrayal of attention deficit/hyperactivity disorder (ADD/ADHD): A post-modern epidemic in a post-trust society. *Health, Risk & Society* 13(7), 621-636.
- Da Cosata, C., Maia, F., & Gomes, M. (2009). Clinical and neuropsychological evaluation of attention in children and adolescents with epilepsy: A systematic review. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 15(2), 77-82.
- Danforth, S., & Navarro, V. (2001). Hyper Talk: Sampling the Social Construction of ADHD in Everyday Language. *Anthropology & Education Quarterly*, 32(2), 167-190.
- De la Barra, F., Vicente, B., Saldivia, S., & Melipillan, R. (2013). Epidemiology of ADHD in Chilean children and adolescents. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 5(1), 1-8.
- De la Peña, F., Palacio, J., & Barragán, E. (2010). Declaración de Cartagena para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): Rompiendo el estigma. *Revista Ciencias de la Salud*, 8(1), 95-100.
- Foucault, M. (1976). La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. *Educación médica y salud*, 10(2), 152-170.
- Gergen, K. (1996). *Realidades y Relaciones: Aproximaciones a la construcción social*. Barcelona: Paidós.



- Gergen, K. (2007). La ciencia psicológica en el contexto posmoderno. En A. Estrada, & S. Díaz, (Eds.), *Construccionismo Social: Aportes para el debate y la práctica* (pp. 93-115). Bogotá: Universidad de los Andes.
- Gómez, F. (2012). Guía de Tratamiento Psicoterapéutico Sistémico en Trastornos Psicosomáticos en niños, adolescentes y familias. *Cuadernos de Salud Mental*, 6. Recuperado de [http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=HOSP\\_Multimedia\\_FA&cid=1354184117635&pagename=Hospital12Octubre%2FHOSP\\_Multimedia\\_FA%2FHOSP\\_documentoWebeditpro](http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=HOSP_Multimedia_FA&cid=1354184117635&pagename=Hospital12Octubre%2FHOSP_Multimedia_FA%2FHOSP_documentoWebeditpro)
- Gosende, E. (2001). Entre construccionismo social y realismo: ¿Atrapado sin salida? *Subjetividad y Procesos Cognitivos* 1, 104-127.
- Iriart, C., & Iglesias, L. (2012). Biomedicalización e infancia: Trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Interface*, 16(43), 973-985.
- Jacobson, K. (2002). ADHD in Cross-Cultural Perspective: Some Empirical Results. *American Anthropologist, New Series*, 104(1), 283-287.
- Jou, G., Amaral, B., Pavan, C., Schaefer, L., & Zimmer, M. (2010). Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: Um Olhar no Ensino Fundamental. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(1), 29-36.
- Kristensen, K., & Mørck, L. (2014). ADHD medication and social self-understanding: Social practice research with a first grade in a Danish Primary School. *European Journal of Psychology of Education*. Manuscrito en preparación.
- Layunta, A., & Íñiguez, L. (2005). Dolor y Construccionismo. *Boletín de Psicología*, 84, 23-39.
- Legnani, V. (2012). Efeitos imaginários do diagnóstico de TDA/H na subjetividade da criança. *Fractal, Revista Psicologia*, 24(2), 307-322.
- Lindstrøm, J. (2012). Why Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Is Not a True Medical Syndrome. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 14(1), 61-73.

- Martin, J., Pescosolido, B., Olafsdottir, S., & McLeod, J. (2007). The Construction of Fear: Americans' Preferences for Social Distance from Children and Adolescents with Mental Health Problems. *Journal of Health and Social Behavior, 48*(1), 50-67.
- Mayes, R., Bagwell, C., & Erkulwater, J. (2009). Medicating Children: ADHD and Pediatric Mental Health. *New England Journal of Medicine, 361*, 543-544.
- Moen, O., Hall-Lord, M., & Hedelin, B. (2014). Living in a family with a child with attention deficit hyperactivity disorder: A phenomenographic study. *Journal of Clinical Nursing, 23*(21), 3166-3176.
- Molinari, J. (2003). Psicología Clínica en la Posmodernidad: Perspectivas Desde el Construccionalismo Social. *Psyche, 12*(1), 3-15.
- Norris, C., & Lloyd, G. (2000). Parents, professionals and ADHD: What the papers say. *European Journal of Special Needs Education, 15*(2), 123-137.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Pedraza, S., Perdomo, M., & Hernández, N. (2009). Terapia narrativa en la co-construcción de la experiencia y el afrontamiento familiar en torno a la impresión diagnóstica de TDAH. *Universitas Psychologica, 8*(1), 199-214.
- Rafalovich, A. (2001). The conceptual history of attention deficit hyperactivity disorder: Idiocy, imbecility, ecephalitis and the child deviant, 1877-1929. *Deviant Behavior, 2*(2), 93-115.
- Ramos, C., Bolaños, M., & Ramos, D. (2015). Prevalencia del TDAH en estudiantes ecuatorianos. *Revista Científica y Tecnológica, 3*(1), 13-19.
- Roca, P., Mulas, F., Gandía, R., Ortiz-Sánchez, P., & Abad, L. (2013). Funcionamiento ejecutivo y potenciales P300 pre y postratamiento en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología, 56*(1), S107-S118.

- Romero, E., Robles, Z., & Lorenzo, E. (2006). Parenting practices, family atmosphere and externalizing conduct problems in children. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 33(2), 84-92.
- Sikirika, V., Flood, E., Dietrich, C., Quintero, J., Harpin, V., Hodgkins, P., Erder, M. (2014). Unmet Needs Associated with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Eight European Countries as Reported by Caregivers and Adolescents: Results from Qualitative Research. Manuscrito en preparación.
- Singh, I. (2008). Beyond polemics: Science and ethics of ADHD. *Nature Reviews Neuroscience*, 9, 957-964.
- Thapar, A., Langley, K., & Muñoz-Solomando, A. (2013). The ADHD debate: Being mindful of complexity and wary of reductionist explanations and polarization. *Journal of Family Therapy*, 35(2), 219-223.
- Untoiglich, G. (2011). Versiones actuales del sufrimiento infantil: Una investigación psicoanalítica acerca de la desatención y la hiperactividad. Buenos Aires, Argentina: Noveduc.
- Vásquez, R., Benítez, M., Izquierdo, A., Dueñas, Z., Gómez, D., & Caicedo, J. (2011). ¿Qué es la hiperactividad y cómo ven el problema los padres? *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40, 488-503.
- Vélez-van-Meerbeke, A., Zamora, I., Guzmán, B., López, C., & Talero-Gutiérrez, C. (2013). Evaluación de la función ejecutiva en una población escolar con síntomas de déficit de atención e hiperactividad. *Neurología*, 28(6), 348-355.
- Wilson, J. (2013). A social relational critique of the biomedical definition and treatment of ADHD; ethical practical and political implications. *Journal of Family Therapy*, 35(2), 198-218.

## Formato de citación

---

Ramos, C. (2016). La cara oculta del TDAH. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 6(1), 226-253. Recuperado de <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia>

---