

Universidad Siglo 21



Trabajo final de grado – Manuscrito científico

Licenciatura en psicología

Perspectivas críticas sobre la medicalización y diagnóstico del TDAH en la infancia

Joaquín Agüero

PSI05190

Seminario final de psicología

Dr. Damián Reville

29 de junio de 2025

Índice

| | | |
|------|--|----|
| 1. | Resumen y palabras claves..... | 3 |
| 2. | Introducción..... | 4 |
| 3. | Justificación..... | 5 |
| 4. | Marco Teórico | |
| 4.1. | Antecedentes y construcción del diagnóstico..... | 6 |
| 4.2. | Críticas al modelo biomédico y la «medicalización»..... | 11 |
| 4.3. | Perspectivas sociológicas y antropológicas..... | 18 |
| 4.4. | Problemátización de la naturaleza del diagnóstico..... | 21 |
| 4.5. | Evidencia sobre tratamientos y resultados del TDAH..... | 27 |
| 4.6. | Perspectivas filosóficas sobre lo normal y lo patológico en la infancia..... | 33 |
| 4.7. | El TDAH en el contexto escolar..... | 43 |
| 5. | Objetivos | 44 |
| 6. | Metodología..... | 45 |
| 7. | Resultados..... | 46 |
| 8. | Discusión | 55 |
| 9. | Limitaciones del estudio..... | 65 |
| 10. | Conclusiones finales..... | 65 |
| 11. | Referencias bibliográficas..... | 69 |
| 12. | Anexos..... | 85 |

Resumen

El siguiente artículo analiza la tendencia creciente a la medicalización y sobrediagnóstico de TDAH en la infancia, así como la evidencia epistemológica del trastorno. A partir de una investigación cualitativa, se discute la expansión del diagnóstico, sus factores sociales, institucionales y económicos. Por otro lado, se discute el impacto del mismo, las distintas intervenciones en el autoestima y el bienestar infantil, así como la necesidad de prácticas diagnósticas más críticas, colaborativas y ajustadas a la diversidad del desarrollo infantil. El artículo enfatiza, mediante la evidencia documentada, la importancia del trabajo interdisciplinar y el priorizar estrategias de apoyo pedagógico y familiar antes del uso de psicofármacos como primera línea de tratamiento.

Palabras clave

TDAH, medicalización, infancia, diagnóstico, psicofármacos.

Abstract

The following article analyzes the growing trend toward medicalization and overdiagnosis of ADHD in childhood, as well as the epistemological evidence for the disorder. Based on a qualitative study, the diagnostic expansion and its social, institutional, and economic factors are discussed. The impact of diagnosis and interventions on children's self-esteem and well-being are also discussed, as is the need for more critical, collaborative, and developmentally diverse diagnostic practices. Through documented evidence, the article emphasizes the importance of interdisciplinary work and prioritizing pedagogical and family support strategies before using psychotropic drugs as the first line of treatment.

Keywords

ADHD, medicalization, childhood, diagnosis, psychotropic drugs.

Introducción

En las últimas décadas se ha observado un marcado incremento en el diagnóstico psiquiátrico en niños, fenómeno acompañado por un creciente uso de psicofármacos en la población infanto-juvenil (Bianchi et al., 2021) (Altuwairqi, 2024) (McLaren et. al. 2024) (Parkin, et. al. 2024) (Danielson et. al. 2024) (Ponnou & Thomé, 2022) (Willig et. al. 2024) (Merten et. al. 2017) (Panther, et. al. 2017). Este proceso ha sido descrito como medicalización de la infancia (Galati, 2020; Castilla, 2015) y forma parte de una tendencia más amplia de medicalización de la vida cotidiana, en la que comportamientos antes considerados dentro de la variabilidad normal ahora son etiquetados como trastornos médicos (Conrad & Bergey, 2015) (Illich, 1975) (Szasz, 1973) (Frances, 2013). En el ámbito de la salud mental infantil, el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) se destaca como un caso paradigmático de esta tendencia (Bianchi et al., 2021; Castilla, 2015; Schleim, 2022; Singh et al. 2013). La prevalencia reportada de TDAH ha aumentado sustancialmente a nivel global, al punto que algunos autores hablan de “cifras epidémicas” (Hinshaw & Scheffler, 2014). Este aumento ha generado preocupación por posibles sobrediagnósticos, es decir, por la identificación de trastornos en niños que quizás solo manifiestan comportamientos propios de su desarrollo o reacciones a contextos adversos (Kazda et. al. 2021; Morgan et. al. 2023; Brodersen et al., 2018; Merten et. al. 2017). Paralelamente, crece el debate en torno a las implicaciones éticas, clínicas y sociales de etiquetar a niños tempranamente con diagnósticos psiquiátricos y tratarlos con psicofármacos.

El presente artículo, desde una perspectiva crítica e interdisciplinaria, explora las controversias científicas, filosóficas y sociales en torno a la medicalización de la infancia, enfocando especialmente el caso del TDAH, la construcción del diagnóstico y su validez epistemológica.

Justificación

La creciente sobremedicalización de la infancia y el amplio uso del diagnóstico psiquiátrico en niños, específicamente en el caso del TDAH, constituyen fenómenos complejos en nuestros paradigmas de psicología, psiquiatría, educación y sociedad en general. Desde un marco teórico interdisciplinario, examinaremos cómo se articulan diversas visiones, poniendo de relieve las controversias alrededor de preguntas fundamentales sobre qué entendemos por salud y enfermedad, cómo validamos nuestro conocimiento científico, cuán sólidos son los criterios diagnósticos actuales y la evidencia del TDAH, qué valores y expectativas orientan nuestra mirada hacia la conducta infantil, y qué responsabilidades éticas tenemos al intervenir en la vida de un niño en desarrollo. Reconocer estas controversias nos permite tomar consciencia de los riesgos de cosificar la infancia en diagnósticos y nos invita a buscar un punto de equilibrio. Así mismo, debemos pensar sobre las implicaciones del fenómeno de psiquiatrización de la infancia, ya que son profundas y repercuten tanto en el nivel clínico-individual como en el social-colectivo.

Marco teórico

1. Antecedentes y construcción del diagnóstico

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) se define clínicamente por un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo del niño (American Psychiatric Association, 2024). Tradicionalmente identificado en edad escolar, el diagnóstico de TDAH se ha expandido en alcance en años recientes. Por un lado, se aplica ahora también a preescolares y a adultos, y por otro, los criterios diagnósticos se han flexibilizado en sucesivas ediciones del DSM. El TDAH fue reconocido por primera vez como una entidad clínica en 1992 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) más concretamente, en la Clasificación Internacional de Enfermedades o CIE-10, dentro del grupo de trastornos del comportamiento y de las emociones de inicio en la infancia y la adolescencia, específicamente en el subgrupo de trastornos hiperkinéticos. Estos trastornos se caracterizaban por un comportamiento pobremente modulado, falta de atención y persistencia en la realización de tareas y actividades (World Health Organization, 1992). Aunque previamente, el diagnóstico de TDAH fue incluido en el DSM-III (1980), donde este marcó un cambio radical en psiquiatría, desde un modelo psicosocial hacia un modelo biomédico, promovido no solo por investigaciones sino también por presiones políticas, económicas y farmacéuticas (Mills, 2022; Mayes & Horwitz, 2005). La inclusión del trastorno se dió sin pruebas concluyentes, basado principalmente en "validez aparente", es decir, que parecía razonable sin tener evidencia sólida (Mills, 2022). En la cuarta edición del DSM (DSM-IV), publicada en el año 2000 con datos recopilados hasta 1994, se establecieron tres subtipos de TDAH: a) predominantemente inatento; b) predominantemente hiperactivo-impulsivo; y c) combinado. Además, esta patología se incluyó en el grupo de trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia, específicamente

en el grupo de los trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador (American Psychiatric Association, 1994), el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) presenta diversas modificaciones respecto a la versión anterior. Los cambios más destacados en relación al TDAH son: la clasificación del cuadro como un trastorno del neurodesarrollo; la aceptación de su existencia en la edad adulta y la eliminación del trastorno del espectro autista (TEA) como criterio de exclusión para el diagnóstico. Por último, el DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2024) elevó la edad máxima de inicio de síntomas de 7 a 12 años e incluyó descripciones adaptadas para presentaciones en adultos, facilitando un aumento notable de diagnósticos en adolescentes tardíos y adultos jóvenes, especialmente mujeres, el resultado de estos cambios y de una mayor conciencia pública ha sido un florecimiento diagnóstico (Pérez Álvarez, 2018), lo que antes era considerado un trastorno infantil mayoritariamente masculino, hoy registra fuertes incrementos en otros grupos. Estudios indican que en la infancia la proporción de niños varones diagnosticados supera ampliamente a las niñas (hasta 10:1 en algunas muestras históricas), pero en la adultez la brecha se reduce a ~2.7:1, e incluso las mujeres tienden a equipararse o superar a los hombres en diagnósticos recientes (Williamson y Johnston en Pérez Álvarez, 2018) (APA, 2024). Esta tendencia sugiere que comportamientos femeninos antes interpretados de otro modo (ansiedad, desorganización) están siendo reencuadrados bajo la etiqueta TDAH. Según Pérez Álvarez (2018), una razón del crecimiento del TDAH femenino adulto es la laxitud y extensión de los criterios diagnósticos, mientras en varones se mantiene la imagen clásica “externalizante” (hiperactividad e impulsividad visibles), en mujeres se incluyen síntomas internalizantes como la distracción ansiosa o el estado depresivo. En muchos casos, el (auto)diagnóstico en mujeres abarca una variedad de

problemas cotidianos que podrían derivar más de las presiones sociales y el rol múltiple que afrontan, que de un síndrome neuroconductual en sí (Pérez Álvarez, 2018). Paralelamente, las tasas de medicación asociadas al TDAH se han disparado, en algunos países el consumo de estimulantes como el metilfenidato aumentó exponencialmente en la última década (Bianchi et al., 2021) en Argentina hallaron un marcado incremento en el consumo de estos fármacos, si bien la prevalencia de niños medicados en Argentina sigue siendo menor que en EE.UU., las tendencias apuntan a un crecimiento sostenido en línea con patrones globales. Por ejemplo, se reportó un 344% de incremento en la prescripción a mujeres jóvenes y adultas en solo diez años (Weintraub, en Pérez Álvarez 2018). Tales cifras refuerzan la idea de una “epidemia diagnóstica” más que necesariamente real, es decir, el fenómeno podría reflejar tanto un aumento verdadero en la incidencia de síntomas como, y más probablemente, un cambio en la percepción y etiquetado de conductas que siempre estuvieron presentes en la población, ahora reclasificadas bajo la categoría clínica del TDAH (Hinshaw & Scheffler, 2018). Un primer eje de debate es la validez y naturaleza del diagnóstico TDAH, desde una perspectiva psiquiátrica convencional, el TDAH se define como un trastorno del neurodesarrollo con una base biológica substancial. Se citan estudios que muestran diferencias promedio en la estructura y función cerebral de niños con TDAH, por ejemplo, menor volumen en corteza prefrontal o alteraciones dopaminérgicas y alta heredabilidad estimada a partir de estudios de gemelos (Faraone, et al. 2021). Sin embargo, una mirada crítica revela que ninguna de estas diferencias es específica ni diagnóstica, incluso dentro del DSM-V mismo (APA, 2024), otros organismos oficiales como el *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) han reconocido que “no existe una prueba biológica independiente para el TDAH” ni datos concluyentes que indiquen que

sea producto de un malfuncionamiento cerebral identificable causante (Moncrieff, J., & Timimi, S. 2013). A la fecha, el diagnóstico sigue basándose exclusivamente en criterios conductuales observados (desatención, impulsividad, hiperactividad fuera de rango etario), evaluados mediante reportes subjetivos de padres, maestros y clínicos, dejando un amplio margen de variabilidad e interpretación (Brinkman et al., 2018; Mills, 2022; Bianchi et al., 2021; Schleim, 2022). En cuanto a lo genético, a menudo se repite que el TDAH tiene una alta heredabilidad (~70/80%) (Grimm, et. al. 2020), una revisión rigurosa de la evidencia genética sugiere que dichos cálculos provienen de estudios de familias y gemelos con sesgos metodológicos considerables. Joseph (2014) reconsideró el consenso sobre la base genética del TDAH y concluyó que no existe evidencia científica aceptable que la sustente, los estudios de adopción no aportaron pruebas sólidas, los supuestos métodos para distinguir influencias genéticas de ambientales son cuestionables, y a pesar de esfuerzos globales, no se han encontrado los hipotéticos “genes del TDAH” (APA, 2024). Por el contrario, parece poco probable que tales genes de gran efecto existan y las investigaciones recientes sugieren que, si hay influencias hereditarias, estas interactúan complejamente con el entorno y no determinan un cuadro clínico uniforme (Mills, 2022; Perez Álvarez, 2018). En palabras de estos autores, se ha pasado por alto el estudio de factores ambientales (estilos de crianza, estrés psicosocial) debido a la difundida creencia, de que el TDAH es principalmente genético, a su vez, la heredabilidad que se acredita se basa en datos estadísticos, no en datos genéticos propiamente dichos, se refiere a menudo a que el TDAH corre en familia y a la mayor coincidencia entre gemelos monocigóticos respecto de dicigóticos, una afirmación que no significa correlación ya que los gemelos idénticos comparten más condiciones ambientales que los gemelos no idénticos por lo que por ésta y

otras razones el «método de los gemelos» no permite desenredar el entramado genético-ambiental como para hablar de porcentajes correlacionales (Joseph, 2014; Pérez Álvarez, 2018). Otro punto crítico es la falta de claridad en los límites de este trastorno, varios investigadores han señalado que el TDAH podría entenderse mejor como un continuo de rasgos atencionales y temperamentales en la población general, más que como una categoría diagnóstica cualitativamente distinta, muchos niños presentan inatención o alta actividad en algún grado, decidir a partir de qué umbral se considera trastorno puede ser arbitrario. De hecho, los criterios diagnósticos son suficientemente amplios como para que una proporción muy significativa de la población infantil pueda cumplirlos en algún momento (se estima que entre 5% y 10% a nivel mundial, dependiendo de la región y criterios) (Paris, 2020) Esto lleva a argumentar que el sistema actual de clasificación, al basarse en descripciones fenoménicas amplias y no en biomarcadores, propicia el sobrediagnóstico al describir espectros continuos que se superponen con la normalidad (Paris, 2020). Paris et al. (2015) señalan que la dificultad de establecer fronteras diagnósticas válidas se ejemplifica en el TDAH adulto, un trastorno antes raro, cuyo drástico aumento puede reflejar esta epidemia diagnóstica más que una verdadera prevalencia, ya que los criterios del DSM-V abarcan a muchas personas con síntomas leves o moderados que tal vez no padecen un deterioro significativo, es decir, no toda distracción o inquietud clinicable con los criterios actuales implica la presencia de una entidad neuropsiquiátrica diferenciada (Paris, 2020). Los documentos *Canadian ADHD Practice Guidelines* (CADDRA, 2021) y *The ADHD Assessment Quality Assurance Standard for Children and Teenagers (CAAQAS)* (Young et. al. 2024) complementan significativamente esta discusión al reconocer explícitamente que, pese a los avances en investigaciones

neurobiológicas, actualmente no existe ninguna estrategia diagnóstica que supere a la combinación de la entrevista clínica detallada y las escalas conductuales. Dichas guías subrayan claramente que las escalas diagnósticas por sí mismas no son suficientes, dado que los síntomas observados podrían confundirse fácilmente con otras condiciones médicas o psiquiátricas como la ansiedad, la depresión o trastornos del sueño, por lo que enfatizan la importancia de realizar una evaluación integral para minimizar el riesgo de falsos diagnósticos o sobrediagnósticos (CADDRA, 2021; Young et. al. 2024; Coghill et. al. 2021). Además, aunque mencionan que estudios genéticos han identificado múltiples genes potencialmente relacionados con el TDAH, aclaran que la genética de este trastorno es compleja, poligénica y no permite señalar genes específicos con efectos determinantes. Esta postura coincide con las críticas planteadas sobre las supuestas bases genéticas del trastorno y refuerza la idea de que las influencias hereditarias interactúan de manera compleja con factores ambientales, lo cual apoya la interpretación dimensional del TDAH, que cuestiona los actuales límites diagnósticos (CADDRA, 2021).

2. Críticas al modelo biomédico y la «medicalización»

Por otro lado, la crítica a la medicalización y psiquiatrización de la infancia cuenta con antecedentes históricos e intelectuales de gran peso, en el siglo pasado pensadores como Franco Basaglia y Thomas Szasz sentaron las bases para cuestionar los fundamentos de la psiquiatría tradicional. Basaglia (1972) psiquiatra italiano y figura central del movimiento antipsiquiátrico, denunció el carácter opresivo de las instituciones psiquiátricas y promovió la desinstitucionalización mediante la humanización del trato a los pacientes. Su trabajo evidenció cómo las nociones de enfermedad mental podían ser usadas como herramienta de

control social, siguiendo la línea planteada por Michel Foucault (1976), instando a replantear el rol de la psiquiatría en la sociedad. Por su parte, Thomas Szasz (1973) argumentó de forma radical que *«la categoría enfermedad mental es un mito construido socialmente, una metáfora que equivocadamente se ha considerado un hecho real»* (Szasz, 1973), negando que los trastornos mentales sean entidades médicas objetivas del mismo orden que las enfermedades físicas. Szasz sostenía que muchos problemas humanos (incluyendo los comportamientos disruptivos infantiles) se encuadran mejor como “problemas de la vida” influenciados por factores sociales, morales y culturales en vez de disfunciones biológicas (Szasz, 1973), aplicado a la infancia, esto implica que un niño inquieto o desafiante podría interpretarse no como “enfermo” sino como alguien que responde, quizás adaptativamente, a las circunstancias de su entorno. Estas posturas pusieron en relieve las bases filosóficas y éticas del diagnóstico psiquiátrico e inspiraron a futuras generaciones de profesionales.

En la misma línea crítica, Ivan Illich (1975) introdujo el concepto de medicalización para describir cómo la medicina moderna extiende indebidamente sus límites al abarcar aspectos naturales de la vida como el nacimiento, la muerte o la infancia y convertirlos en problemas médicos. Cabe mencionar que el propio concepto de medicalización no está exento de crítica, Eugenia Bianchi (2019), analizó las formas en que el término “medicalización” se emplea en las ciencias sociales y señaló ciertas imprecisiones y reduccionismos en su uso. Bianchi sintetiza estas inexactitudes en tres ejes, primero la adjetivación indiscriminada del concepto (usar “medicalizado” como adjetivo comodín para criticar cualquier intervención médica, sin mayor análisis), luego la reducción del fenómeno a explicaciones

unidimensionales (por ejemplo, culpar solo a la medicina o solo a la industria, sin ver la complejidad de factores) y por último la impropiedad conceptual, es decir, emplear “medicalización” en contextos o con sentidos que no corresponden rigurosamente a su definición original. En este caso se adopta una noción de medicalización aplicada a la expansión del marco médico sobre aspectos antes considerados no médicos, evitando usar el término como mera descalificación retórica de la medicina. Asimismo, se reconoce que la medicalización es un proceso histórico y contextual donde sus manifestaciones concretas varían según la época y la sociedad.

Desde la filosofía del lenguaje, Rosenman y Nasti (2012) aplican las ideas de Ludwig Wittgenstein en las *Investigaciones Filosóficas* para cuestionar el supuesto fundamental del diagnóstico psiquiátrico contemporáneo, la idea de que los diagnósticos corresponden a procesos mentales específicos y objetivables. Según estos autores, términos como "trastorno depresivo" o "TDAH" no tienen significados intrínsecos o esenciales, sino que adquieren sentido a través de sus múltiples usos contextuales en diferentes "juegos de lenguaje" profesionales, sociales e institucionales, en lugar de reflejar entidades neurobiológicas concretas, los diagnósticos serían conceptos flexibles cuyos límites dependen más de factores culturales e históricos que de marcadores biológicos claramente identificables. En otras palabras, la definición y alcance de estos diagnósticos varía con el tiempo y el contexto, lo que hoy se considera síntoma de TDAH pudo haber sido visto como un problema disciplinario décadas atrás, y viceversa. Este enfoque filosófico aporta una crítica radical a las pretensiones explicativas del modelo médico actual, indicando que los diagnósticos psiquiátricos, lejos de ser descripciones precisas de fenómenos

psiquiátricos específicos, podrían funcionar más como instrumentos de comparación y organización práctica que como definiciones precisas de trastornos mentales reales.

Esta idea fue aplicada al campo de la salud mental infantil por autores que ven en diagnósticos como el TDAH un ejemplo de medicalización de comportamientos normales de la niñez (Timimi, 2014, 2015, 2022). Timimi argumenta que la noción de que el TDAH es una entidad neuropsiquiátrica claramente definida carece de base científica sólida y pertenece más al reino del “cientificismo” que al de la ciencia empírica. Según este autor, la creencia sostenida de que el TDAH existe como una categoría natural, es decir, como un trastorno con identidad propia subyacente a ciertos comportamientos, es errónea y está sustentada en un acto de fe más que en evidencia científica (Timimi, 2021). Timimi utiliza el término *cientificismo* para describir la apariencia de rigor científico que rodea al TDAH (con abundancia de jerga técnica, estadísticas y teorías neurobiológicas), la cual enmascara una realidad donde el TDAH es más un hecho de la cultura que un hecho de la naturaleza (Timimi, 2021). En otras palabras, se trata de una construcción que surge de cómo interpretamos ciertos comportamientos en un contexto histórico y social determinado, antes que la manifestación de una enfermedad cerebral objetivable.

Esta postura crítica enfatiza también la circularidad redundante del diagnóstico de TDAH, los niños son diagnosticados de TDAH porque presentan cierto conjunto de comportamientos (falta de atención, impulsividad, hiperactividad), y a su vez se explica la presencia de esos comportamientos aduciendo que el niño “tiene TDAH”. Así, la etiqueta diagnóstica funciona meramente como una descripción redundante, no como una verdadera explicación de la conducta (Moncrieff & Timimi, 2013). Por ejemplo, si preguntamos por

qué un niño es inquieto e impulsivo y se responde "porque tiene TDAH", la única justificación de tal afirmación es que sabemos que tiene TDAH porque es inquieto e impulsivo. Este razonamiento circular (o falacia argumentativa) evidencia, según Timimi (2021) que el TDAH carece de un sustrato causal identificable más allá de la propia descripción de la conducta; es decir, no se ha demostrado una lesión o disfunción biológica específica que explique esos síntomas de forma análoga a como un proceso patológico explica los síntomas en la medicina tradicional. Críticos como Timimi (2021) y Mayes et. al. (2009) señalan que esta ausencia de marcadores biológicos objetivos coloca al TDAH en entredicho como entidad clínica sui generis.

Cetkovich (2018) ha criticado la “descontextualización” de la psiquiatría contemporánea, señalando que al adoptar un modelo estrictamente biomédico se vacía de contenido filosófico y social la comprensión del malestar psíquico infantil, lo cual conduce a soluciones simplistas, disfrazado de pragmatismo (diagnóstico rápido y medicación), para problemas complejos profundamente arraigados en la dinámica familiar, escolar y comunitaria (Cetkovich, 2018). La discusión sobre la sobremedicalización y el diagnóstico psiquiátrico infantil, particularmente en el caso del TDAH, es fundamentalmente epistemológica, además de política. La manera en que concebimos y validamos el conocimiento sobre el sufrimiento humano y la salud mental determina directamente las prácticas clínicas y sociales que implementamos (Pérez Álvarez, 2018; Timimi, 2021). Diversos autores han planteado que el modelo médico dominante, centrado en un cientificismo positivista y biologicista, produce distorsiones significativas en la práctica psiquiátrica infantil, conduciendo al sobrediagnóstico, sobremedicalización y

patologización de conductas normales. A partir de esto, Pérez Álvarez cuestiona desde una perspectiva fenomenológica y epistemológica las bases del reduccionismo biologicista imperante en la psiquiatría actual, según este autor, trastornos como el TDAH no deberían concebirse como realidades biológicas objetivas, sino contextualmente, como configuraciones relacionales emergentes en interacción con contextos culturales e históricos específicos (Pérez Álvarez, 2018). Este habitus diagnóstico conduce a la pseudociencia disfrazada de neurociencia, asumiendo que un comportamiento problemático es directamente expresión de una lesión cerebral o un desequilibrio químico jamás probado empíricamente (Pérez Álvarez, 2018).

Por otro lado, el construccionismo radical desarrollado por Thomas Szasz (1973) sostiene que los trastornos mentales son construcciones lingüísticas y culturales utilizadas principalmente como mecanismos de control social. Timimi y Leo (2017) añaden evidencia contemporánea sobre cómo los diagnósticos psiquiátricos infantiles son sensibles a contextos históricos, culturales y económicos, enfatizando que el TDAH es menos un descubrimiento biomédico que una construcción social surgida de presiones institucionales. Autores como Cetkovich (2018) continúan esta crítica desde una óptica foucaultiana, examinando cómo la psiquiatría, lejos de ser una ciencia objetiva y neutra, es atravesada por relaciones de poder. Desde la *Psiquiatría Crítica* Zoe y Sami Timimi promueven una posición hermenéutica y pluralista en salud mental infantil, enfatizando la interpretación narrativa y relacional frente al diagnóstico médico rígido (Timimi, 2021). Joanna Moncrieff, desde esta misma corriente, añade que la efectividad de los psicofármacos no prueba que exista una enfermedad específica, sino que estas drogas producen estados

cerebrales alterados generalizados (Moncrieff, 2013). Esta postura implica una crítica hacia la pretensión de objetividad científica absoluta en psiquiatría infantil. Otros psiquiatras como Ahmed Samei Huda adoptan una visión más pragmática, si bien defienden cierta utilidad clínica de los diagnósticos, reconocen sus limitaciones intrínsecas y proponen su uso como hipótesis provisionales (Huda, 2021). Una serie de obras han consolidado esta mirada crítica integradora, Pérez Álvarez y otros (2014) sostienen que tanto el TDAH como el llamado trastorno bipolar infantil son construcciones sobreinfladas por corrientes psiquiátricas dominantes, más que descubrimientos de auténticas enfermedades emergentes. Estos autores examinan la historia y expansión de dichos diagnósticos argumentando que responden a cambios culturales tales como menor tolerancia a la inquietud infantil, presión por el desempeño académico, influencia de la industria farmacéutica antes que a verdaderos hallazgos biomédicos (Pérez Álvarez et al., 2014).

Del mismo modo, Moncrieff (2013) cuestiona la noción de que existen “curas químicas” específicas para trastornos como el TDAH; su investigación sugiere que los psicofármacos no corrigen un desequilibrio neuroquímico subyacente, como postula el modelo médico tradicional, sino que producen estados alterados en cualquier persona, diagnosticada o no, por lo que sus efectos “terapéuticos” pueden entenderse como cambios generalizados en la actividad cerebral que algunas veces alivian ciertos síntomas pero a costa de otras alteraciones (Moncrieff, 2013). En relación al TDAH, esto implica que los estimulantes mejoran la atención de cualquier individuo en el corto plazo (diagnosticado o no), por lo que su eficacia no prueba que exista un déficit neuroquímico específico en los niños diagnosticados (Moncrieff & Timimi, 2013). Finalmente, es importante mencionar que la

crítica a la psiquiatrización de la infancia también proviene de dentro de la propia profesión psiquiátrica, Mayes et. al. (2009), Cetkovich (2018) o Newnes (2014) han abogado por reevaluar la práctica clínica con niños. Por ejemplo, se discuten las presiones institucionales que llevan a etiquetar rápidamente a los niños, señalando que muchas veces los diagnósticos cumplen funciones administrativas o tranquilizadoras para los adultos, más que beneficios reales para el niño (Newnes, 2014). En conjunto, todas estas voces construyen un marco teórico crítico que desconfía de la naturalización de los diagnósticos psiquiátricos infantiles y propone interpretarlos a la luz de factores sociales tales como nivel socioeconómico, estilo educativo, cambios familiares, culturales, expectativas sobre el comportamiento “normal” e incluso políticos (Russell et al., 2016; Morgan et. al. 2023).

3. Perspectivas sociológicas y antropológicas

Otros autores han abordado el tema desde perspectivas sociológicas y antropológicas. Elvio Galati (2020), en *La complejidad de la medicalización de la infancia*, analiza cómo múltiples actores (sistemas de salud, escuelas, medios de comunicación, familias) contribuyen a la expansión del diagnóstico de TDAH. Galati subraya que el TDAH se ha globalizado como diagnóstico “de moda”, promovido por discursos médicos hegemónicos, pero que su significado varía según contextos locales y es objeto de disputas entre visiones biomédicas y psicosociales. Asimismo, investigaciones de corte antropológico, como las de Sobo & Loustaunau (2010), han explorado cómo diferentes culturas y comunidades entienden de manera distinta la conducta infantil, encontrando que rasgos considerados patológicos en ciertos entornos (por ejemplo, la exuberancia motora en el aula occidental típica) pueden ser vistos como normales o incluso deseables en otros contextos culturales.

Estas aproximaciones enfatizan la relatividad cultural del concepto de TDAH y alertan sobre los riesgos de universalizar criterios diagnósticos sin considerar la diversidad de las infancias, Conrad y Bergey (2015) explican que la medicalización del TDAH forma parte de una lógica contemporánea en la que la desviación de las normas es tratada como una disfunción del individuo, lo cual individualiza y despolitiza el problema. En lugar de abordar condiciones estructurales como la rigidez escolar, la pobreza o el estrés familiar, el foco se traslada al cuerpo del niño, que es intervenido con medicamentos para ajustarse al entorno. A su vez, Angela Filipe (2020) realizó un análisis etnográfico de una clínica pediátrica especializada en TDAH en Portugal, donde destaca el “doble significado” de la atención, por un lado como función cerebral medible, y por otro como valor moral y relacional. Observa que los clínicos intentan enmarcar el TDAH como un déficit neurobiológico, para así desvincularlo de juicios morales sobre la conducta. Los médicos insisten en que el diagnóstico debe dejar de ser un diagnóstico moral y un problema de voluntad, sino una disfunción o problema de mal funcionamiento cerebral (Filipe, 2020), sin embargo, la antropología médica muestra cómo los procesos diagnósticos y el cerebrocentrismo reconfiguran las relaciones familiares e institucionales donde el discurso neurocientífico busca reemplazar la crítica social del TDAH con una narrativa que reinstaura las bases neurobiológicas de la condición y desplaza la culpa hacia el cerebro disfuncional, de este modo, se facilita que la intervención recaiga en tratamientos farmacológicos más que en ajustes escolares o educativos, evidenciando tensiones entre modelos biomédicos y críticos dentro de la misma consulta. Esto también destaca el papel de la familia y la escuela como co-productores del diagnóstico, practican una “labor de diferenciación” al definir qué es TDAH y qué no lo es, marcando fronteras entre trastorno y

normalidad según sus valores y normas culturales. Goodwin (2010) profundiza esta línea crítica al plantear que el TDAH no debe ser reducido a una categoría médica cerrada, sino entendido como un ensamblaje complejo que articula prácticas institucionales, saberes científicos, dispositivos diagnósticos y relaciones sociales. Desde una perspectiva antropológica, su trabajo etnográfico en Estados Unidos muestra cómo el TDAH opera simultáneamente como categoría clínica y como “imaginario social”, al generar nuevas formas de experimentación corporal, de adscripción identitaria y de regulación de la infancia. Goodwin (2010) no se limita a denunciar la medicalización, sino que busca pensar la hiperactividad desde otro lado, no solo como un déficit o desajuste a corregir, sino también como una condición vital que reconfigura los modos en que se vive el tiempo, se organiza la experiencia y se construyen subjetividades en la contemporaneidad.

Frente a la tendencia de patologizar comportamientos infantiles considerados disruptivos en contextos escolares y familiares (Conrad & Bergey 2015; Galati 2020) Goodwin (2010) propone desplazar el análisis desde el eje normativo de la desviación hacia una comprensión más abierta del fenómeno. Desde esta mirada la hiperactividad puede entenderse como una respuesta adaptativa frente a ambientes cada vez más regimentados. En lugar de concebir el cuerpo infantil hiperactivo como una falla que debe ser corregida, Goodwin (2010) invita a examinar cómo este cuerpo es configurado por múltiples fuerzas sociales y materiales, desde la psiquiatría y la farmacología hasta las lógicas del consumo y rendimiento del contexto. Además, este muestra que el diagnóstico de TDAH no solo medicaliza, sino que también ensambla formas de pertenencia y diferenciación social, especialmente cuando familias, escuelas y niños se apropian del diagnóstico como marco

interpretativo para explicar dificultades cotidianas (Goodwin, 2010). Aquí, la labor de diferenciación diagnóstica descrita por Filipe (2020) se revela como una práctica situada, atravesada por valores culturales sobre lo que significa “ser un buen alumno”, “ser normal” o “ser tratable”. Así, el TDAH se convierte en una categoría que, más que nombrar un trastorno estable, produce efectos normativos en los modos de vivir, sentir y ser en el mundo, una lógica similar a la postulada por Wittgenstein en Rosenman & Nasti (2012) y Bassols (2009) o lo planteado por Pérez Álvarez (2018). Esto complejiza las dicotomías entre real/construido, médico/social, o moral/biológico, al mostrar cómo dichas oposiciones son reconfiguradas en la práctica clínica, educativa y doméstica, Goodwin (2010) propone una antropología del TDAH como un fenómeno relacional y emergente, que problematiza no solo qué se diagnostica, sino cómo se vive, se siente y se resignifica la hiperactividad en el entramado de la vida cotidiana contemporánea.

4. Problemátización de la naturaleza del diagnóstico

Paralelamente al desarrollo de estas críticas, la literatura científica sobre TDAH ha crecido exponencialmente, aportando datos empíricos sobre el trastorno pero también enfrentando interrogantes sobre su naturaleza. Noordermeer y Oosterlaan (2023) describen que en las últimas décadas el interés científico en el TDAH aumentó de forma notable, produciendo un gran volumen de investigaciones sobre su prevalencia, curso, comorbilidades, bases neurobiológicas y tratamientos. Sin embargo, reconocen estos autores, “el número de preguntas sin responder sigue siendo sustancial” y el cuadro que emerge es complejo y heterogéneo (Noordermeer & Oosterlaan, 2023). Este reconocimiento de la heterogeneidad implica que bajo la etiqueta TDAH se agrupan niños con presentaciones muy diversas, lo

cual dificulta lograr una definición clara y pone en entredicho la validez del constructo como diagnóstico unitario (Mueller & Tomblin, 2012). Incluso desde posturas académicas más convencionales se ha admitido que el TDAH no presenta una etiología única ni un marcador biológico específico; en lugar de ello, se conceptualiza como un trastorno multifactorial con influencias genéticas moderadas, factores del neurodesarrollo, y contribuciones ambientales (Faraone, S.V. et al., 2024). La dificultad de crear una imagen consistente del trastorno ha llevado a debates sobre si el TDAH tal como se define actualmente es una entidad válida o simplemente un constructo útil que agrupa síntomas por conveniencia clínica (Noordermeer & Oosterlaan, 2023).

Un punto de controversia es la variación de tasas de diagnóstico de TDAH entre distintos países y contextos (Banaschewski, et. al. 2024), estudios epidemiológicos han arrojado resultados dispares, las estimaciones de prevalencia en niños en edad escolar varían desde menos de 1% hasta más del 15%, dependiendo del país y del método de evaluación usado. En efecto, un metanálisis reportó tasas que oscilan entre 0.4% y 16.6% de la población infantil (Ponnou & Thomé, 2022). Más allá de diferencias demográficas o culturales, las variaciones parecen determinadas en gran medida por factores metodológicos (Ponnou & Thomé, 2022), por ejemplo, los estudios basados en entrevistas clínicas exhaustivas tienden a arrojar estimaciones más bajas que aquellos basados en cuestionarios a padres o maestros, e incluso la capacitación de los entrevistadores o la manera de interpretar los criterios diagnósticos puede influir sustancialmente en los resultados. En este sentido, una revisión sistemática reciente evidenció que los síntomas del TDAH no son medidos de manera consistente entre distintos informantes (padres, maestros) ni entre contextos culturales, lo

que cuestiona la equivalencia psicométrica de los criterios diagnósticos del DSM en poblaciones diversas (García-Rosales et al. 2024). Estas inconsistencias metodológicas introducen sesgos que cuestionan o invalidan la comparabilidad y el significado de las tasas de prevalencia reportadas (Peterson et. al. 2024; Ponnou & Thomé, 2022). En otras palabras, el hecho de que el porcentaje de niños etiquetados con TDAH pueda multiplicarse o reducirse drásticamente según cómo se mida sugiere que estamos ante un constructo poco objetivo de lo que un diagnóstico médico idealmente debería ser (Peterson et. al. 2024; Ponnou & Thomé, 2022).

En Estados Unidos se presentan tasas significativamente más altas que algunos países europeos, lo que sugiere que factores culturales, criterios diagnósticos y políticas de salud influyen en quién recibe el diagnóstico (Hinshaw & Scheffler, 2014). Estos autores documentaron cómo cambios en políticas educativas y en el acceso a servicios pueden disparar o reducir las tasas de diagnóstico, en su obra *ADHD Explosion* (Hinshaw y Scheffler, 2014) señalan que medidas como la ley *No Child Left Behind* en EE.UU. incentivaron indirectamente los diagnósticos de TDAH (al otorgar beneficios a escuelas por etiquetar a estudiantes con necesidades especiales, que quedan exentos de ciertas evaluaciones académicas), mientras que variaciones en las regulaciones de medicación entre distintos estados también explicaron diferencias en prevalencia (Fulton et al., 2015; Hinshaw & Scheffler, 2014; Banaschewski, et. al. 2024). De forma concordante, una revisión de la literatura realizada en Reino Unido encontró una asociación consistente entre desventajas socioeconómicas y diagnóstico de TDAH en niños, los menores de entornos más pobres tenían alrededor de 2 veces más probabilidad de ser diagnosticados con TDAH

que sus pares de familias acomodadas (Russell et al., 2016). Este hallazgo sugiere que factores como el estrés socioeconómico, la educación parental, condiciones prenatales adversas y menor acceso a apoyos psicopedagógicos podrían contribuir tanto a mayores problemas de atención/impulsividad en esos niños como a una mayor tendencia a etiquetarlos, quizá por dificultades del sistema escolar para manejar las necesidades asociadas a la pobreza (Danielson et. al. 2024).

La lectura crítica de estos datos, incluso desde dentro de la psiquiatría académica, es que el diagnóstico de TDAH no ocurre ex-nihilo, sino que está imbricado en contextos sociales y sistemas que pueden amplificar su uso más allá de lo justificable estrictamente por una supuesta disfunción neurobiológica. En cuanto a la validez diagnóstica del TDAH, un hecho significativo es la publicación de declaraciones de consenso y sus respectivas críticas. En 2002 un grupo de expertos emitió el *International Consensus Statement on ADHD*, defendiendo la legitimidad científica del trastorno. Poco después, Timimi (2004) y otros publicaron *“A critique of the International Consensus Statement on ADHD”*, cuestionando muchos de sus puntos. En esta crítica señalaron que la afirmación de que “TDAH es un trastorno de base neurobiológica bien establecida” era exagerada, ya que las evidencias neurocientíficas (como diferencias en imágenes cerebrales o correlatos genéticos) mostraban solapamiento importante entre niños diagnosticados y no diagnosticados, y las diferencias medias encontradas no alcanzaban para un marcador diagnóstico confiable (Timimi et al., 2004). Asimismo, remarcaron la influencia de conflictos de interés (muchos firmantes del consenso tenían vínculos con farmacéuticas) y la ausencia de voces disidentes en ese documento. En el 2021 se repitió este consenso,

donde se buscó ampliar el enfoque anterior al presentar 208 conclusiones basadas en evidencia empírica sobre diversos aspectos del TDAH, incluyendo su prevalencia, causas y tratamientos. Aunque este documento pretende ofrecer una visión más integral, también ha sido cuestionado por seguir enfatizando una perspectiva biomédica que podría contribuir a la sobremedicalización, al promover intervenciones farmacológicas como primera línea de tratamiento sin considerar suficientemente enfoques psicosociales o educativos (Faraone, et al. 2021). Este intercambio disparó un debate epistemológico sobre hasta qué punto las categorías diagnósticas psiquiátricas infantojuveniles, como el TDAH, cumplen criterios de validez similares a las enfermedades médicas clásicas. Un análisis posterior de Moncrieff y Timimi (2013) respecto a las guías del *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) en Reino Unido, encontró que incluso un panel oficial que se propuso examinar la validez del TDAH terminó concluyendo que era un diagnóstico “válido” sin aportar evidencias contundentes para ello, ignorando datos como la falta de consistencia transcultural o la influencia del género y la clase social en la presentación del cuadro (Moncrieff & Timimi, 2013). Esto llevó a Timimi (2021) a comentar críticamente que la elaboración de tales guías a veces peca de cientificismo, se reviste de objetividad pero opera con sesgos que excluyen estudios críticos, y finalmente ratifica las nociones preexistentes por inercia institucional.

No obstante, es importante reconocer que dentro de la literatura científica predominante también hay matices y autocrítica parcial. Algunos investigadores han planteado, por ejemplo, la posibilidad de sobre-diagnóstico de TDAH en ciertos grupos de población, un fenómeno documentado es el “efecto de la fecha de nacimiento” en el diagnóstico, donde

niños más pequeños dentro de su grado escolar tienen mayor probabilidad de ser diagnosticados que sus compañeros mayores, simplemente por su menor madurez relativa (Whitely et al., 2018; Brault et. al. 2022). Este hallazgo, replicado en múltiples países, sugiere que un segmento de niños etiquetados con TDAH podrían en realidad ser niños más inmaduros pero normales para su edad, confundidos con patología debido a expectativas escolares no ajustadas a la variabilidad del desarrollo (Whitely et al., 2018; Brault et. al. 2022). Reconocer esto en la comunidad científica ha llevado a recomendaciones de ajustar los criterios con referencia a la edad relativa en el curso escolar para evitar diagnósticos apresurados. Un estudio reciente en Francia reveló que los niños más jóvenes dentro de su grado escolar tenían significativamente mayor probabilidad de ser diagnosticados y medicados por TDAH que sus compañeros mayores del mismo curso (Ponnou & Thomé, 2022) al igual que lo planteado por Whitely et. al. (2018) y Brault et. al. (2022). Ser el menor de la clase incrementaba las chances de recibir la etiqueta en un 55%. Este efecto de edad relativa clasifica comportamientos que en un niño más pequeño pueden considerarse inapropiados podrían percibirse como sintomáticos de TDAH cuando se le compara con niños ligeramente mayores. Así mismo, el mencionado estudio expone que pertenecer a un estrato socioeconómico bajo se asociaba con mayor probabilidad de diagnóstico (un 41% de los niños diagnosticados en 2019 provenían de familias desfavorecidas) y también con mayor probabilidad de tratamiento farmacológico (25.7% de los medicados pertenecían a este grupo) (Ponnou & Thomé, 2022), esto en consonancia por otros estudios en Estados Unidos como los de Russell et al., (2016), Danielson et. al. (2024), Fulton et al., (2015), Hinshaw & Scheffler, (2014) y Schein et. al. (2022). Esta gradiente social sugiere que el TDAH puede estar operando en parte como un rótulo que intersecta con dinámicas de

desigualdad, por ejemplo, problemas de conducta ligados a contextos de pobreza o estrés familiar podrían ser más fácilmente canalizados hacia un diagnóstico psiquiátrico en ausencia de otros recursos de apoyo, denotando además que el diagnóstico corresponde a una disfunción contextual que a un trastorno médico.

5. Evidencia sobre tratamientos y resultados del TDAH

En lo concerniente a los tratamientos y sus resultados, la investigación académica ha generado hallazgos tanto tranquilizadores como alarmantes, que alimentan el debate. Por un lado, numerosos ensayos clínicos y meta-análisis han establecido que la medicación con psicotrópicos (como el metilfenidato) puede reducir significativamente los síntomas nucleares de TDAH en el corto plazo (Faraone et al., 2021; Peterson et. al. 2024). Además, se ha argumentado que tratar farmacológicamente el TDAH en la niñez podría disminuir riesgos futuros, Wilens et al. (2022) realizaron una revisión sistemática sobre el impacto del tratamiento farmacológico temprano y en el desarrollo posterior de trastornos por uso de sustancias, encontrando que la mayoría de estudios indicaban una asociación entre recibir tratamiento para el TDAH y menores tasas de abuso de sustancias en la adolescencia y adultez joven. De 21 estudios sobre TDAH incluidos, 14 mostraron reducción del riesgo de desarrollar trastornos por uso de sustancias en los jóvenes tratados con medicamentos frente a no tratados, 5 no encontraron efectos significativos y solo 2 sugirieron un incremento (Wilens et al., 2022). Estos resultados son citados por quienes defienden el modelo hegemónico, señalando que el tratamiento adecuado del TDAH puede tener beneficios a largo plazo, más allá de controlar la conducta, por ejemplo, mejorar el desempeño

académico, la autoestima y reducir complicaciones secundarias como accidentes o conductas delictivas en la adolescencia (Biederman et al., 2009; Wilens et al., 2022).

Sin embargo, otros hallazgos arrojan cautela sobre este optimismo desmedido. El mayor estudio longitudinal sobre tratamientos de TDAH, el MTA Study (Multimodal Treatment of ADHD), comparó durante 14 meses medicación, terapia conductual, combinación de ambas y cuidados usuales. Inicialmente, a los 14 meses, la medicación (sola o combinada) mostró ventajas claras en reducción de síntomas frente a la terapia conductual sola. Sin embargo, en el seguimiento a 36 meses (3 años), esas diferencias desaparecieron, no hubo diferencias significativas en las medidas de resultados entre los grupos originalmente medicados y no medicados. Aún más, tras varios años, muchos niños medicados no mostraban mejor desempeño académico o social que sus pares no medicados; de hecho, todos tendían a confluir en resultados similares, con la salvedad de que los medicados por más tiempo presentaban ligeramente más problemas de crecimiento (Catalá-López et al. 2017). Estos hallazgos llevan a cuestionar si la medicación ofrece beneficios sostenidos más allá del alivio sintomático inmediato, y si al suprimir síntomas no se está descuidando intervenir en las causas subyacentes o en habilidades que el niño necesita desarrollar para el futuro (Catalá-López et al. 2017; Molina et al., 2009; Jensen et al., 2007; Swanson et al. 2007). Incluso se han reportado efectos rebote o problemas de crecimiento en niños bajo medicación prolongada. Ponnou y Thomé (2022) reportan que en Francia el uso de metilfenidato casi se duplicó en prevalencia entre 2010 y 2019, incrementándose un 116% en ese lapso. Si bien la prevalencia de niños medicados en 2019 seguía siendo relativamente baja (0.6–0.7% de los menores) en comparación con Estados Unidos, el

crecimiento acelerado indica una convergencia paulatina hacia patrones globales. Alarmantemente, más de la mitad de los niños hospitalizados con diagnóstico de TDAH en Francia recibían metilfenidato, y la duración mediana del tratamiento iniciando a los 6 años se estimó en 5 a 7 años continuos, lo que implica que muchos niños transitan gran parte de su niñez medicados. Además, un 22.8% de los niños con nueva prescripción de metilfenidato recibían otro psicofármaco concomitantemente en el mismo año, y una proporción sustancial de las indicaciones (25% de inicios, 50% de renovaciones) no seguían las recomendaciones oficiales vigentes, es decir se recetaban sin guía o para indicaciones off-label (aquellas prescritas en condiciones distintas de las autorizadas) (Panther et. al. 2017). En la comparación entre Estados Unidos y Argentina, se evidencian diferencias sustanciales en los enfoques, en Estados Unidos, el TDAH se aborda mayoritariamente desde un modelo biomédico que lo concibe como una disfunción neurobiológica, lo que ha favorecido un aumento sostenido en los diagnósticos y en el uso de medicación estimulante como primera línea de tratamiento. Esta tendencia ha estado fuertemente influida por la industria farmacéutica y por un sistema educativo que suele presionar por intervenciones rápidas ante conductas disruptivas, incluso en niños muy pequeños (Conrad & Bergey, 2014; Bergey et. al. 2018). En contraste, en Argentina predomina un enfoque mixto y en transición, donde coexisten visiones psicosociales con una creciente tendencia a la medicalización (Bianchi et. al. 2021). Si bien el sistema educativo también cumple un rol importante como puerta de entrada al diagnóstico, la falta de políticas nacionales claras, las desigualdades regionales en el acceso a recursos especializados, y las limitaciones estructurales del sistema de salud condicionan fuertemente la implementación de tratamientos sistemáticos (Bergey et. al. 2018).

Estos datos evidencian una tendencia a una sobremedicación en la práctica, posiblemente en oposición de intervenciones psicoeducativas (Ponnou & Thomé, 2022). Algunos investigadores advierten que la proliferación de fármacos como respuesta casi exclusiva a problemas de comportamiento infantil equivale a medicalizar problemas pedagógicos o sociales, abordando farmacológicamente lo que podría requerir mejoras en las prácticas educativas o en las condiciones de crianza (Schein et. al. 2022; Conrad & Bergey, 2014). Además, están los efectos secundarios, algunas investigaciones resaltan que los psicofármacos, si bien promueven docilidad y concentración en el niño, pueden conllevar apatía, labilidad emocional, insomnio, pérdida de apetito y otros efectos adversos (Breggin, 1999; Solmi et. al. 2020; Peterson et. al. 2024; Schein et. al. 2022). Breggin sostiene que estos medicamentos esencialmente “calman” a los menores reduciendo su espontaneidad y cierta parte de su rango emocional, lo cual puede ser visto como ventajoso en entornos escolares estructurados pero no necesariamente redundando en un mejor aprendizaje o desarrollo integral (Breggin, 1999). De hecho, Breggin (1999) documentó que los niños medicados a largo plazo pueden mostrar conductas estereotipadas u obsesivas inducidas por el fármaco, así como un retraimiento social, efectos que paradójicamente podrían limitar su capacidad de adaptación creativa a distintos entornos.

En si, el marco teórico contemporáneo sobre el TDAH es complejo, coexisten modelos neurobiológicos que intentan localizar bases genéticas y neurológicas con cierto éxito en identificar diferencias grupales, pero sin marcadores diagnósticos individuales claros (Gallo & Posner, 2016), con modelos psicosociales y críticos que ponen de relieve la influencia del contexto y los peligros de la inflación diagnóstica (Page et al, 2016). Los datos

empíricos han dado lugar a diversas interpretaciones, para algunos validan al TDAH como trastorno (hallazgos de diferencias cerebrales promedio, eficacia de medicamentos, heredabilidad moderada); para otros, esos mismos datos al ser ambiguos y contextuales, respaldan la noción de que TDAH es un constructo social cuyos límites son arbitrarios (variabilidad, dependencia del contexto escolar, solapamiento con normalidad). Una pregunta central es si diagnósticos como el TDAH cumplen los criterios de validez que se esperarían de un fenómeno clínico diferenciado (Mills, 2022; Perez Alvarez, 2018). Desde una perspectiva diagnóstica se alega que décadas de investigación han confirmado la existencia del TDAH como síndrome reconocible, con cierta estabilidad temporal, heredabilidad, respuesta al tratamiento y afectación funcional (Faraone, et. al. 2024) y que por lo tanto, tiene validez clínica. Sin embargo, los críticos señalan que estos criterios son en cierto modo autorreferenciales, la estabilidad temporal puede deberse a la propia etiqueta y su efecto en las expectativas, la heredabilidad, si bien sugiere factores genéticos, no identifica genes específicos y podría reflejar transmisión familiar de estilos de crianza o condiciones socioeconómicas (Joseph, 2000, 2014), la respuesta al tratamiento no es específica (los estimulantes mejoran la concentración en cualquiera, no solo en diagnosticados); y la afectación funcional puede atribuirse a un problema contextual entre el niño y su ambiente antes que de un déficit interno (Timimi, 2015; Russell et al., 2016).

En la crítica al modelo médico se destaca la falta de una “prueba gold-standard” para el TDAH, e incluso para cualquier enfermedad o trastorno mental ya que no hay marcador biológico ni test psicológico infalible, y la consiguiente dependencia de únicamente criterios conductuales. Esto vuelve difusa la línea entre tener o no “un trastorno”. Por

ejemplo, Samei Huda (2021) defiende el modelo médico, admite que en salud mental la validación de diagnósticos es más compleja y que, a diferencia de la medicina somática donde diagnósticos como la tuberculosis se hicieron útiles aun antes de conocer su etiología (pero cuya existencia como entidad era confirmada luego por descubrir el bacilo), en trastornos como depresión o TDAH todavía carecemos de un equivalente al bacilo, esto significa que no tenemos un correlato fisiológico identificable (Huda, 2021). Los críticos retoman este punto preguntando que si no podemos demostrar la patología subyacente, hasta qué punto es científicamente legítimo seguir afirmando que cada niño inquieto “tiene un trastorno neurobiológico” (Moncrieff & Timimi, 2013). Otra controversia científica es la de los diagnósticos diferenciales y comorbilidades, el TDAH y otros trastornos compilados en los manuales diagnósticos comparten síntomas o criterios entre ellos (ansiedad, dificultades de aprendizaje, etc.). Muchos niños diagnosticados con TDAH también reciben otros diagnósticos psiquiátricos (comorbilidad), lo que para algunos evidencia la complejidad real del caso, pero para otros sugiere una imprecisión diagnóstica, se etiqueta con múltiples trastornos ante la incertidumbre concurriendo a un falso silogismo.

Esta situación hace eco de la crítica al sobrediagnóstico, se teme que en la duda se esté aplicando etiquetas a niños que quizá solo necesiten apoyo específico en un área, por ejemplo, educación especial para un trastorno específico del aprendizaje envés de medicación para TDAH. Brodersen et al. (2018) definen *sobrediagnóstico* como el diagnóstico correcto de una condición que, sin embargo, no conllevará beneficios para el paciente, ya que la condición en sí no le habría causado problemas importantes. En el caso infantil, podríamos considerar sobrediagnóstico cuando un niño etiquetado y tratado, en

realidad habría madurado adecuadamente sin intervención médica, o cuando sus dificultades provienen principalmente del entorno más que de él mismo. Identificar esto es complejo a nivel individual, pero a nivel poblacional los patrones como el efecto de fecha de nacimiento mencionado, indican que existe cierto sobrediagnóstico sistemático (Whitely et al., 2018; Brault et. al. 2022).

6. Perspectivas filosóficas sobre lo normal y lo patológico en la infancia

Esto nos lleva a pensar la definición misma de trastorno mental y cómo se aplica en la infancia. Szasz (1973) respondía que, en adultos, es principalmente un constructo moral disfrazado de médico. Cuando trasladamos esto a niños, la cuestión se vuelve aún más complicada ¿podemos afirmar que un niño de 7 años “padece un trastorno” porque no se adapta a una jornada escolar de 8 horas sentado y atendiendo? Desde un punto de vista filosófico, el límite entre lo normal y lo patológico en la niñez es altamente dependiente de los valores socioculturales (Conrad & Bergey, 2014). La infancia es una etapa de desarrollo donde es normal cierto grado de inatención, impulsividad, etc. patologizar esas características implica adoptar una postura sobre cómo “deberían” ser los niños. Autores como Foucault (1983) analizan cómo las instituciones (escuela, psiquiatría, familia) ejercen poder normativo definiendo qué conductas son aceptables, Canguilhem (1982) argumentaba que lo patológico puede entenderse como una variación de la vida que resulta desventajosa para el individuo en un contexto dado, más que una entidad absoluta. Aplicado al TDAH, podríamos decir que ese patrón comportamental es patológico en la medida en que impide al niño alcanzar metas valoradas en su contexto (aprender en la escuela, relacionarse sin conflicto). Pero si el contexto cambiase sus expectativas o apoyos,

tal vez dejaría de ser patológico. Este punto de vista enfatiza la relatividad contextual de la noción de trastorno.

En el contexto actual, se argumenta que el TDAH funciona como un aparato conceptual de normativización, define un estándar de niño “atento, tranquilo, productivo” y marca como desviados a quienes no lo cumplen, un niño diagnosticado a menudo es tratado en la cotidianeidad como un “niño TDAH”, lo cual puede reducir la visión que maestros, padres e incluso el propio niño tienen de sí, encapsulándola en el trastorno (Pérez Álvarez, 2018). Esto conecta con la idea de la profecía autocumplida o efecto etiquetado descrita en sociología (Becker, 2018) donde la etiqueta de “enfermo” puede inducir comportamientos y trayectorias de vida acordes con ese rol. Sumado a esto, la psiquiatría tradicional ha operado de forma categórica (se tiene o no se tiene el trastorno), pero muchas evidencias sugieren que rasgos como la atención o la actividad se distribuyen gradualmente en la población (Timimi, 2015). Algunos proponen que sería más adecuado hablar de niños con mayor necesidad de apoyo en autorregulación en lugar de un diagnóstico categórico de TDAH (Timimi, 2015). Sin embargo, el sistema médico, educativo y de seguridad social muchas veces requiere una categoría para asignar recursos (horas de pedagogo, acompañante terapéutico, etc.), lo que paradójicamente incentiva a buscar diagnósticos formales. Así, se genera un dilema dónde para ayudar al niño en el sistema actual puede ser necesario diagnosticarlo. Este dilema refleja lo que algunos autores denominan “medicalización pragmática”: padres y docentes, aun conscientes de la posible etiquetación, a veces buscan el diagnóstico de TDAH porque abre puertas a apoyos o porque legitima ante terceros que la conducta del niño necesita comprensión especial (Bröer & Heerings,

2013). Esto complica una adaptación racional a un sistema que de otro modo dejaría al niño sin ayudas.

Debido a esto se destaca el debate sobre si estamos patologizando conductas normales, muchos expertos críticos sostienen que, en efecto, se está confundiendo la inmadurez o la indisciplina con enfermedad. El ejemplo, ya citado, del niño más pequeño de la clase diagnosticado de TDAH ilustra cómo la expectativa de que todos los niños se comporten igual independientemente de su nivel madurativo puede llevar a sobrediagnóstico (Whitely et al., 2018; Brault et. al. 2022). Además, las demandas de la vida moderna podrían estar chocando con las necesidades infantiles: la escolarización prolongada y precoz, la reducción del tiempo libre, el exceso de estímulos digitales, horarios laborales de los padres que dificultan la atención y la crianza, etc., crean un contexto donde es más probable que los niños exterioricen su estrés en forma de inquietud o falta de atención (Hinshaw & Scheffler, 2014, 2018). En lugar de leer estos signos como señales de alarma sobre el entorno, la tendencia ha sido ubicarlos como fallos internos del niño, respondiendo con un “diagnóstico psiquiátrico” a lo que en el fondo son problemas sociales o pedagógicos (Galati, 2020). Por ejemplo, si un porcentaje elevado de niños no logra concentrarse en clase, quizá debamos revisar los métodos de enseñanza o las condiciones del aula (tamaño de la clase, metodología poco interactiva, contenidos poco conectados con la realidad del niño) en lugar de asumir automáticamente un trastorno individual en cada niño (Galati, 2020)

Asimismo, la mediatización del TDAH ha influido en su percepción, en algunos medios se presenta casi como una explicación universal para cualquier dificultad escolar o de

conducta, lo cual alimenta una cultura de la patologización. Estudios de análisis mediático (Bianchi et al., 2020, 2021) evidencian que en varios países la prensa y la televisión han jugado un rol en difundir el conocimiento y con ello, posiblemente la demanda de diagnósticos sobre TDAH, a veces de la mano de campañas promocionales acríicas o poco rigurosas. La globalización del diagnóstico está así entrelazada con narrativas socio-culturales, por ejemplo, la idea de que la infancia actual vive una “epidemia” de trastornos mentales (Timimi & Timimi, 2022), que pueden exagerar la percepción de gravedad y urgencia, llevando a intervenciones sobredimensionadas. De fondo se encuentra una pregunta mas amplia, sobre a quién beneficia y a quién perjudica la medicalización del comportamiento infantil, Diversos críticos sugieren que beneficia a la industria farmacéutica (Allen, 2013 Conrad, 2007) e incluso aligeraría la responsabilidad de instituciones educativas y familias al trasladar el problema al niño “enfermo” (Conrad, 2007). Por el contrario, podría perjudicar al propio niño (por efectos secundarios, estigma) y a la sociedad en general si se produce una generación sobremedicada y con menor tolerancia a la diversidad de conductas. Por otro lado, se argumenta que el diagnóstico también puede beneficiar a familias al proveerles una explicación y un camino de ayuda, reduciendo la culpabilización de padres o niños por sus dificultades. Así, el valor del diagnóstico es objeto de disputa, si es una guía que permite acceder a soporte, o un lastre que reduce al niño a una etiqueta, probablemente ambas cosas ocurren según el caso, lo que aboga por una aproximación más individualizada y contextual en el manejo, en lugar de extremos de “diagnosticar todo” o “negar el diagnóstico a toda costa”.

Finalmente, la sobremedicalización infantil plantea agudas cuestiones éticas para los profesionales de la salud y la educación. Un aspecto es el consentimiento y autonomía, los niños pequeños no pueden decidir sobre recibir un diagnóstico psiquiátrico o tomar medicación, por lo que se confía en la autoridad de padres y médicos para actuar en el mejor interés del menor. Esto impone un deber ético de especial cuidado para no medicalizar sin justificación, debemos pensar como profesionales si estamos protegiendo a los niños o estamos facilitando la comodidad de adultos (padres/maestros) agobiados. Basaglia (1972) abogaba por poner la voz del paciente en el centro; en este caso, implica escuchar al niño, entender su comportamiento en su propio marco de comunicación, antes de apresurarse a silenciarlo con fármacos. Éticamente también entra en juego el principio de no maleficencia, todo tratamiento conlleva riesgos, y en niños esto es especialmente delicado debido a su desarrollo en curso y su potencialidad. El uso de varios fármacos en niños ha aumentado, y diagnósticos comórbidos como “trastorno oposicionista-desafiante” o “trastorno del estado de ánimo” a veces se suman al TDAH llevando a prescribir antipsicóticos o estabilizadores del ánimo en edad temprana (Bianchi, et. al. 2021). Cabe llevar a preguntarse si los psicofármacos son realmente necesarios, o es parte de una pendiente resbaladiza de psiquiatrización, en boga de un modelo pseudo-pragmatico. La relación médico-paciente o en este caso médico-niño/padres, también debe repensarse ya que la figura de autoridad puede erosionarse si se percibe que los profesionales diagnostican en exceso por influencia de intereses comerciales. De hecho, se han dado casos de marketing agresivo por parte de empresas farmacéuticas promocionando medicamentos para TDAH directamente a padres y maestros, difuminando la frontera entre concientización y propaganda (Mayes & Horwitz, 2005). Éticamente, los profesionales

debemos navegar entre, no negar tratamientos útiles a quien los necesita, y no ofrecer soluciones simplistas a problemas que requieren enfoques más complejos.

Algunos han propuesto la moderación diagnóstica como principio ético, ante la duda razonable, privilegiar intervenciones psicosociales no invasivas primero y solo recurrir al diagnóstico psiquiátrico y medicación cuando la severidad lo amerite claramente (Timimi, 2014), esto se encuentra contemplado en nuestra Ley nacional de Salud Mental en los artículos 7 y 12 respectivamente (LSM, 26657/10). Este enfoque preventivo busca evitar daños potenciales del sobrediagnóstico/sobretreatmento, sin dejar de atender al niño. Sin embargo, implementar esto choca con un sistema que a veces presiona por respuestas rápidas y estandarizadas. Esto revela que la cuestión de la sobremedicalización infantil y el TDAH no es un simple “estar a favor o en contra” del diagnóstico. Es un problema complejo, interdisciplinario, con múltiples aristas. Por un lado están los datos científicos y experiencias clínicas que muestran que algunos niños sí tienen dificultades serias de autorregulación que mejoran con intervenciones específicas (incluyendo medicamentos), y que ignorar esas dificultades sería una negligencia. Por otro lado, están las señales de alerta de que el péndulo ha oscilado demasiado hacia patologizar cualquier conducta variada, y que se requieren enfoques de mayor amplitud, más apoyo a las familias, adaptación de las escuelas, diagnósticos más cuidadosos y participativos, y un cambio de mentalidad que reconozca la diversidad en los ritmos de desarrollo infantil.

En el plano clínico, uno de los efectos directos de recibir un diagnóstico psiquiátrico temprano es la exposición a tratamientos psicofarmacológicos a edades tempranas. El caso del TDAH es emblemático ya que miles de niños en el mundo inician tratamiento con

psicotrópicos a los 6 o 7 años de edad (Ponnou & Thomé 2022). En Estados Unidos, la medicación es el tratamiento más común entre los niños y adolescentes estadounidenses con TDAH, en 2016 aproximadamente dos tercios (62%) de los niños y adolescentes estadounidenses con TDAH recibían tratamiento farmacológico (Danielson et. al. 2024). Si bien estos fármacos pueden aliviar síntomas, su uso prolongado durante años plantea interrogantes sobre efectos en el neurodesarrollo, estudios de seguimiento han reportado que los niños medicados con psicofármacos pueden presentar disminución del ritmo de crecimiento en estatura y peso (Swanson et al., 2007), y aunque a menudo ese efecto es moderado y puede recuperarse tras pausas en la medicación. Así mismo, existe preocupación por los efectos neurobiológicos desconocidos a largo plazo, el cerebro infantil en desarrollo podría adaptarse a la presencia continua de una droga psicoactiva, con consecuencias potenciales en la regulación natural de dopamina y otros neurotransmisores. Aún faltan más investigaciones de muy largo plazo (hacia la mediana edad) para saber si haber tomado estimulantes en la infancia influye en riesgo de depresión, ansiedad u otros problemas en la adultez. No obstante, es alentador que hasta ahora la mayoría de estudios no han encontrado daños neurológicos permanentes claros, por ejemplo, Wilens et al. (2022) no hallaron mayor propensión al abuso de sustancias en jóvenes que tomaron medicación, más bien lo contrario. En cualquier caso, el principio de precaución y la LSM (2010) sugiere emplear la medicación en niños solo cuando realmente sea necesaria y en función dosis/tiempo mínimo efectivo, dado que estamos interviniendo en organismos vulnerables y en formación.

Otra consecuencia clínica es el efecto de la etiqueta diagnóstica en la identidad y autoestima del niño. Recibir un diagnóstico de TDAH puede ser vivenciado de formas variadas, algunos niños se sienten aliviados al entender que sus dificultades tienen un nombre y explicación (no son “malos” o “tontos”, sino que tienen una condición tratable), lo que puede incluso mejorar su autoestima y motivación al saber que con apoyo podrán progresar (Plotkin-Amrami & Fried, 2024). Sin embargo, otros niños pueden interiorizar el diagnóstico de forma negativa, llegando a pensar que hay algo “malo” en ellos. Estudios cualitativos (Singh, 2008) han encontrado que algunos niños definen su identidad en función de su trastorno “soy un niño TDAH” lo que a veces se traduce en una herramienta para comportarse mal, cumpliendo la expectativa de que “los TDAH son problemáticos” o contrariamente, en retraimiento y sensación de incapacidad aprendida. Mucho depende de cómo padres y maestros manejen la información, el diagnóstico debería presentarse como una característica más, manejable, que no define al niño, pero en contextos donde se enfatiza excesivamente la patología, el niño corre riesgo de verse reducido a ella (Cetkovich, 2018) (Plotkin-Amrami & Fried, 2024).

Así mismo, la medicalización infantil también afecta la dinámica familiar, por un lado, muchas familias sienten alivio y validación al obtener un diagnóstico, conflictos que antes atribuían a “mala crianza” o “caprichos” ahora son reinterpretados bajo una luz clínica, lo que puede reducir la culpa parental y los castigos excesivos al niño. Padres que quizá se sentían juzgados encuentran una explicación legítima y recursos como grupos de apoyo o intervenciones conductuales tras el diagnóstico (Plotkin-Amrami & Fried, 2024), siendo esto un aspecto positivo, ya que un entorno familiar comprensivo es fundamental para

ayudar al niño. Por otro lado, el diagnóstico puede introducir tensiones nuevas, desacuerdos entre los padres (uno puede estar a favor de medicar, el otro no), dependencia excesiva de soluciones médicas (creer que solo los psicofármacos solucionan todo, descuidando cambios en la crianza), o acomodación de roles (por ejemplo, hermanos que asumen que el niño con TDAH recibirá más atención o permisividad, lo cual puede generar celos o confusión).

La literatura destaca que el mejor abordaje para TDAH es multimodal, combinando entrenamiento a padres en manejo conductual, coordinación con la escuela y de ser necesario, medicación (AAP, 2011). Sin embargo, cuando la balanza se inclina exclusivamente hacia lo farmacológico, algunas familias pueden involuntariamente externalizar todo el problema en el niño y su “enfermedad”, disminuyendo esfuerzos en modificar rutinas familiares disfuncionales. La etiqueta puede servir, conscientemente o no, como una suerte de comodín que evita enfrentar otros factores, como por ejemplo, estilos parentales inconsistentes, poco tiempo de calidad con el niño, ausencia de límites claros, etc., donde todos son atenuantes que también contribuyen a la conducta. Un reto clínico es entonces, trabajar con las familias para que el diagnóstico se use como puerta de entrada a apoyos integrales haciendo énfasis en lo contextual, y no como sello final que reduce la complejidad familiar a criterios diagnósticos.

A nivel de sociedad, la creciente medicalización infantil conlleva costos económicos significativos. El gasto global en medicamentos para el TDAH se ha multiplicado en las últimas décadas. Un análisis mostró que entre 1993 y 2003, el consumo mundial de medicamentos para TDAH se triplicó y el gasto global se multiplicó por nueve (de unos

\$259 millones a \$2.400 millones de dólares anuales) (Fulton et al., 2015). Desde la perspectiva de salud pública, uno podría preguntarse si esos recursos se están invirtiendo óptimamente, ya que estamos destinando muchos recursos en fármacos en lugar de invertir en programas de crianza, mejora de escuelas, o estrategias públicas de prevención. Varios profesionales de la salud sugieren que parte de esos fondos quizá generarían mayor bienestar infantil si se enfocaran en intervenciones tempranas no farmacológicas, por ejemplo en capacitación de maestros en gestión conductual, apoyo psicológico en escuelas, etc. (Pelham et al., 2016; Vacher et. al. 2020; Page et. al. 2016).

Otra consecuencia social es el posible efecto en las estadísticas de discapacidad y en la autopercepción generacional, en algunos países, el aumento de diagnósticos de TDAH y otros trastornos del desarrollo ha llevado a un incremento en la cantidad de niños considerados con necesidades educativas especiales o con alguna discapacidad psicosocial, esto puede ser positivo en términos de reconocimiento y apoyo, pero también puede influir en cómo una generación ve su salud: hay autores que hablan de una “generación diagnosticada”, donde los jóvenes son más proclives a verse a sí mismos a través de etiquetas clínicas (Frances, 2013). Esto podría reducir el umbral de tolerancia a las frustración o a la diversidad conductual, por ejemplo, un adolescente que tuvo diagnósticos desde niño quizás tienda a pensar que cualquier dificultad nueva es signo de otra patología, buscando rápidamente ayuda médica en vez de desarrollar estrategias de afrontamiento personales. Es un arma de doble filo, por un lado, rompe el estigma sobre buscar ayuda y por otro, podría fomentar una dependencia a la identidad como “paciente” o “enfermo” y la

medicalización continua a lo largo de la vida, en lugar de bogar por el cambio conductual y la obtención de autonomía (Frances, 2013).

7. El TDAH en el contexto escolar

En el ámbito escolar, la proliferación de diagnósticos de TDAH ha llevado a adaptaciones importantes (Timimi & Timimi, 2022), ya que muchas escuelas implementan planes de intervención individual, una mayor comprensión hacia alumnos con dificultades atencionales y formación docente en necesidades especiales. Esto en principio es beneficioso, sin embargo, se han señalado efectos adversos en el sistema educativo, por ejemplo, en algunas escuelas se ha normalizado el dirigir rápidamente a evaluación psicológica a alumnos “problemáticos” en vez de explorar estrategias pedagógicas diferentes. Un maestro con 30 alumnos y una gran presión por resultados (Por ejemplo, mejores resultados en las pruebas PISA) puede preferir que al niño inquieto lo vea un psicólogo o psiquiatra, en busca de una “solución médica”, antes que intentar intervenciones en el aula que requieren tiempo y recursos, por ejemplo, reorganizar actividades para hacerlas más didácticas, aplicar refuerzos positivos sistemáticos, etcétera. (Timimi & Timimi, 2022) Así, el diagnóstico puede volverse un atajo que libera presión de la escuela pero inicia al niño en un camino de medicalización. Investigaciones en EEUU han mostrado que escuelas con menos recursos tienden a tener tasas más altas de niños medicados, lo que sugiere que la falta de personal de apoyo educativo se suplementa en la práctica con fármacos que mantengan a los niños manejables en clase (Russell et. al. 2016), implicando una medicalización de problemas pedagógicos.

Objetivos

Objetivo general: Explorar percepciones, creencias y experiencias de actores del sector educativo y de psiquiatras infantiles en torno al diagnóstico psiquiátrico infantil, haciendo énfasis en el diagnóstico de TDAH.

Objetivos específicos: Explorar las percepciones y experiencias de docentes y psicólogos educacionales respecto al diagnóstico de TDAH.

Identificar criterios utilizados por docentes y psicólogos educacionales para distinguir entre comportamientos propios del desarrollo infantil y comportamientos considerados patológicos.

Investigar las creencias y prácticas que tienen los psiquiatras infantiles sobre los criterios diagnósticos actuales del TDAH.

Examinar las prácticas respecto a la prescripción de psicofármacos en niños diagnosticados con TDAH y evaluar la consideración de alternativas no farmacológicas en el tratamiento.

Determinar las implicaciones éticas, clínicas y sociales percibidas por profesionales del ámbito educativo y sanitario sobre el diagnóstico y tratamiento del TDAH infantil.

Comparar beneficios y riesgos asociados con la sobremedicalización infantil según las perspectivas de estos profesionales.

Metodología

Para profundizar en la comprensión de la medicalización infantil y el uso del diagnóstico psiquiátrico desde diferentes miradas profesionales, se propone llevar a cabo una investigación mediante un estudio cualitativo de tipo exploratorio utilizando la metodología de teoría fundamentada.

Participantes: Se seleccionarán con un muestreo intencional dos grupos de informantes clave, 7 agentes de enseñanza (docentes, directivos, psicólogos educacionales, etcétera) de nivel primario (educación básica, 6 a 12 años), idealmente con variación en género, años de experiencia y tipo de institución (pública/privada) y 3 psiquiatras infantiles, con experiencia en evaluación y tratamiento de TDAH u otros trastornos del comportamiento en niños.

Procedimiento y consideraciones éticas: La técnica serán entrevistas semiestructuradas individuales. Se diseñará un guion de entrevista con preguntas abiertas, adaptado para cada grupo. Cada entrevista durará aproximadamente 60 minutos, se grabará en audio (con consentimiento previo) y luego se transcribirá para su análisis. Se explicará a los participantes el propósito del estudio y se recabará el consentimiento informado por escrito. En el caso de los docentes, se gestionará la autorización con las escuelas respectivas si fuera necesario. Se hará énfasis en que no hay respuestas “correctas” o “incorrectas”, y que el interés del estudio es escuchar sinceramente sus perspectivas en un entorno seguro.

Análisis de datos: Se empleará un análisis de teoría fundamentada siguiendo la metodología de Strauss & Corbin (2016) para manejar los textos transcritos.

Resultados

Tabla 1.

Codificación inicial o abierta de las entrevistas

| Etiqueta | Subetiquetas | Ejemplos textuales |
|-------------------------------|--|--|
| Configuración del diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> - Inatención e hiperactividad percibida - Subjetividad infantil en contexto - Causa social ↔ biológica | <p>- “Los criterios del DSM no son del todo específicos; uno hace otra lectura en la clínica.”</p> <p>- “Se diagnostica por conductas observadas, pero no hay pruebas biológicas.”</p> <p>- "Los maestros suelen ser los primeros en notar conductas que pueden indicar trastornos."</p> |

| | | |
|--|--|---|
| <p>Normalidad vs. patología y Medicalización</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Confusión diagnóstico-conducta normal - Institucionalización del diagnóstico - Burocracia diagnóstica - Presión institucional | <p>-“Ante la duda, bueno: todos tienen TDAH.”</p> <p>- “Para mí son chicos muy hiperactivos y la línea entre trastorno o conducta normal está muy complicada.”</p> <p>-“Es fácil decir ‘sí, tiene TDAH’, pero realmente no sé si es un trastorno.”</p> <p>-“Lo único que les importa es completar el mayor número de niñas para obtener más dinero del gobierno. Todo gira en torno a eso, por los números.”</p> <p>-“Mientras más chicos diagnosticados con algún tipo de problema tengan en la institución, más plata le daba el gobierno.”</p> <p>-“La industria farmacéutica es la segunda a nivel mundial que mas dinero mueve”</p> <p>- “Solo abro el DSM cuando tengo que hacer los informes para las obras sociales, uno hace otra lectura en la clínica”</p> <p>- “La línea divisoria entre una conducta normal y un trastorno es muy difusa.”</p> |
|--|--|---|

| | | |
|--------------------------|--------------------------------------|---|
| | | <p>- “En algunas instituciones, cualquier conducta mínimamente disruptiva lleva al diagnóstico.” - “Veo muchos niños que podrían beneficiarse más de terapia que de medicación.”</p> |
| Efectos psicoemocionales | Autoestima, estigma, alivio de culpa | <p>- “Se sienten basura cuando les dicen que están enfermos.”</p> <p>- "Algunos mejoran con apoyo, pero otros se sienten estigmatizados y creen que ‘algo malo’ tienen."</p> <p>- “El diagnóstico libera culpa, pero deja secuelas.”</p> <p>- “Algunos niños terminan asumiendo una identidad de enfermos.”</p> |

| | | |
|--|---|--|
| <p>Contexto socioeconómico y familiar</p> | <p>Vulnerabilidad social</p> | <ul style="list-style-type: none"> - “Gran parte tienen problemas de adicciones... es una realidad muy fuerte.” - “Muchos alumnos no tienen obra social; para iniciar integración se pide ayuda del Estado.” - “Hay familias que lo niegan para no crear estigmatización.” - “La pobreza y los problemas familiares profundizan las conductas que luego se diagnostican.” - “Muchas familias carecen de los recursos para acceder a terapias alternativas.” |
| <p>Rol de la escuela e interdisciplinariedad</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Equipo interdisciplinario y trabajo familiar - Rol docente | <ul style="list-style-type: none"> - “La palabra del docente es clave... el preceptor aporta otra mirada.” - “Es fundamental realizar un trabajo en equipo entre el centro, la DAI y la familia.” - “Juntamos toda la información para hacer una reunión con los padres.” |

| | | |
|-------------------------|---|--|
| Abordaje educacional | <ul style="list-style-type: none"> - Preferencia por intervenciones pedagógicas - Estrategias de inclusión - Sobrecarga y falta de formación | <ul style="list-style-type: none"> - “Con 40 alumnos es muy difícil atender necesidades individuales.” - “Desarrollar propuestas pedagógicas que permitan cumplir con los objetivos.” - “Realizar adaptaciones curriculares según las necesidades de cada estudiante.” - “La sobrecarga de trabajo impide a los docentes dar atención personalizada.” - “Necesitamos más recursos para implementar adaptaciones efectivas en el aula.” - “Los docentes sienten que les falta formación específica para manejar estos casos.” |
|-------------------------|---|--|

Tabla 2.*Codificación axial*

| Categoría axial | Códigos/Etiquetas incluidas | Citas de las entrevistas |
|-----------------|-----------------------------|--------------------------|
|-----------------|-----------------------------|--------------------------|

| | | |
|--|--|--|
| <p>Medicalización y práctica diagnóstica</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Configuración diagnóstica - Normalidad–Patología - Presión económica/institucional - Burocracia diagnóstica | <ul style="list-style-type: none"> - “Lo único que les importa es completar el mayor número de niñas para obtener más dinero del gobierno.” - “Me cuesta darme cuenta si realmente el nene tiene TDAH o es un niño siendo un niño” - “Ante la duda, bueno: todos tienen TDAH.” - “es casi te diría un ‘manicomio’... porque lo único que les importa es completar el mayor número de niñas para obtener más dinero del gobierno.” - “Sucede que se confunden cuestiones conductuales o de madurez con problemas psiquiátricos donde se busca tratar con medicación directamente; hay que tener mucho cuidado porque se termina patologizando la educación.” |
|--|--|--|

| | | |
|--|---|---|
| | | - “Hay chicos que no tenían nada y estaban diagnosticados y después te mandan directamente para que mediques” |
| Perspectivas contextuales y familiares | <ul style="list-style-type: none"> - Contexto socioeconómico y familiar - Vulnerabilidad social - Efectos psicoemocionales | <ul style="list-style-type: none"> - “Casi toda mi carrera la he transitado en la escuela pública y la realidad de nuestras familias es muy difícil en este momento político, social y económico.” - “Muchos alumnos no tienen obra social; para iniciar integración se pide ayuda del Estado.” - “Hay familias que lo niegan para no crear estigmatización.” - “El sistema educativo a veces no acompaña, o las familias no tienen los recursos para un acceso a un acompañamiento más adecuado.” - “Algunos mejoran con apoyo, pero otros se sienten estigmatizados y creen que ‘algo malo’ tienen.” |

| | | |
|--|---|--|
| Colaboración institucional e interdisciplinariedad | Rol de la escuela e interdisciplinariedad | <ul style="list-style-type: none">- “La palabra del docente es clave... el preceptor aporta otra mirada.”-“Es fundamental realizar un trabajo en equipo entre el centro, la DAI y la familia.”-“Juntamos toda la información para hacer una reunión con los padres.”-“Se arman reuniones periódicas para coordinar cómo se trabaja. Son diferentes momentos de abordaje dependiendo el caso.” |
|--|---|--|

| | | |
|---|---|---|
| <p>Desafíos pedagógicos y adaptaciones curriculares</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Desafíos pedagógicos y adaptaciones curriculares - Sobrecarga y falta de formación | <ul style="list-style-type: none"> - “Con 40 alumnos es muy difícil atender necesidades individuales.” - “Desarrollar propuestas pedagógicas que permitan cumplir con los objetivos.” - “Realizar adaptaciones curriculares según las necesidades de cada estudiante.” - “La política de inclusión promueve la flexibilización de las propuestas de enseñanza y de los criterios de evaluación,... modificaciones en los contenidos, los tiempos, las formas de presentación de la información...” - “Necesitamos más recursos para implementar adaptaciones efectivas en el aula.” - “Los docentes sienten que les falta formación específica para manejar estos casos.” |
|---|---|---|

A partir de la axialidad, emergen como categorías centrales: (1) Medicalización de la conducta infantil, (2) Rol docente y redes de soporte escolar, y (3) Efectos psicoemocionales del diagnóstico.

Tabla 3.

Codificación selectiva

| Categoría central | Síntesis |
|--|---|
| Medicalización de la conducta infantil | Engloba cómo la sociedad percibe y etiqueta el comportamiento inquieto o desafiante. Desde las entrevistas se muestra que los diagnósticos psiquiátricos infantiles son, en parte, productos de un “habitus diagnóstico” que sitúa la causa del malestar en el niño, esta categoría central integra códigos de sobrediagnóstico y cuestionamientos del modelo médico. En los datos, emergen patrones que vinculan el aumento de diagnósticos con factores no clínicos (negligencia o contexto escolar), e incluso con la comodidad institucional (“mientras el niño está diagnosticado, la escuela piensa que el problema ‘está en él’ y no en sus prácticas”). Esto se articula con la idea de los diagnósticos como construcciones culturales y mecanismos de control social. |

| | |
|--|---|
| Rol docente y redes de soporte escolar | <p>Esta categoría se centra en la dimensión pedagógica e institucional del fenómeno. Incluye los códigos referidos a la observación docente, la comunicación con las familias, y la colaboración con equipos psicopedagógicos. La evidencia sugiere que los profesores asumen la función de “puerta de entrada” para el diagnóstico, pero al mismo tiempo piden apoyo: “La capacitación y formación docente... para un mejor abordaje dentro de la escuela”, siendo un problema reconocido por todos los agentes educativos. En esta categoría aparece el entrelazamiento de los códigos “intervención interdisciplinar”, “colaboración escuela-familia”, por ejemplo, la psicopedagoga subraya la importancia de ajustar estrategias pedagógicas (letras grandes, imágenes, seguimiento individual).</p> |
|--|---|

| | |
|--|---|
| <p>Efectos psicoemocionales del diagnóstico.</p> | <p>Se refiere al impacto de ser etiquetado sobre el niño y su entorno inmediato. Varios testimonios describen consecuencias negativas: baja autoestima infantil, aumento del estigma (“se sienten basura”), y el efecto de “culpar” al niño o a los padres. Esta categoría central recoge la tensión descrita en la tesis: el diagnóstico puede aliviar la culpa de padres/escuela pero generar “efectos secundarios” y “estigma” en el niño. Los datos muestran, que las docentes procuran contrarrestar estos efectos diciéndoles a las alumnas que “no son personas enfermas” o cuando se implementan estrategias de inclusión e intervenciones psicoeducativas con los compañeros. Estas respuestas pedagógicas ilustra cómo los participantes buscan equilibrar la etiqueta diagnóstica con una narrativa de “normalidad” y apoyo.</p> |
|--|---|

Discusión

Las perspectivas críticas de la psiquiatría subrayan que el TDAH infantil ha quedado inmerso en un proceso de medicalización de la infancia, patologizando comportamientos que antes se consideraban normales, donde la presión social e institucional tiende a transformar comportamientos escolares inquietos o desafiantes en «trastornos». Retomando a Szasz (1973) e Illich (1975), estos advirtieron que muchos problemas de la infancia son “problemas de la vida” influenciados por el entorno, no desequilibrios biológicos

inevitables. En esta línea, Françoise y Robert Castel (1980) observan que los modelos psiquiátricos avanzados utilizan psicofármacos (litio, anfetaminas, etc.) como formas de “normalizar” las conductas infantiles consideradas indeseables, esto remite a cómo la psiquiatría define la norma, Foucault (1983) advierte que la “infancia anormal” fue construida históricamente como objeto de corrección disciplinaria, sentando las bases de la psiquiatría como técnica de control social. Estos postulados concuerdan con los resultados de las entrevistas, los profesionales relatan que los diagnósticos psiquiátricos infantiles funcionan en parte como un “habitus diagnóstico” que sitúa la causa del malestar en el niño. De este modo, el crecimiento de los diagnósticos se vincula a factores externos (negligencia, contexto escolar) y a la “comodidad institucional” de delegar los problemas al estudiante y un supuesto déficit neurobiológico. Las entrevistas sugieren que las prácticas diagnósticas operan como construcciones culturales y mecanismos de control social (por ejemplo al “etiquetar” al niño activo como enfermo se justifica el orden en el aula), tal como predicen los autores críticos. A su vez, profesionales entrevistados refieren la hegemonía institucional de “completar diagnósticos” para obtener recursos y la noción de que “todos tienen TDAH” ante niños muy activos, dudando si se trata de trastorno o conductas naturales.

En el ámbito escolar se observa un rol docente ambivalente, por un lado, los profesores asumen la función de “puerta de entrada” al diagnóstico, al identificar conductas disruptivas y derivar a los niños a equipos especializados. Por otro lado, reconocen no tener formación suficiente para distinguir conductas propias del desarrollo de indicios de trastorno, y solicitan explícitamente mayor capacitación y apoyo psicoeducativo, por

ejemplo, una entrevistada comenta que hacen falta “capacitación y formación docente para un mejor abordaje dentro de la escuela”. Este hallazgo evidencia una dicotomía donde los que detectan una disfunción son los que aseguran no estar lo suficientemente informados para hacerlo, agrandando la tensión entre apoyar al niño en el aula y la tendencia institucional a buscar soluciones biomédicas fáciles. Esta “falta de formación” es una carencia contemplada en los planes de estudios de los profesados donde no se les instruye a trabajar con niños que puedan tener conductas distintas al resto, ni de cómo acompañarlos. A su vez, existe una dificultad económica por parte de algunos colegios para financiar dicha formación complementaria para el profesorado, sumado además, que individualmente no significa un incentivo salarial estar más formado o no, e incluso, se relata en una entrevista como esta problemática no es lo principal a trabajar en las reuniones de inspección, lo que en la sumatoria de todas las aristas deviene en un desalentamiento o desinterés a prevenir estas situaciones en el aula. Paralelamente, algunos participantes relatan esfuerzos concretos de intervención pedagógica interdisciplinaria, psicopedagogos y docentes ajustan estrategias (grupos más pequeños, adaptaciones curriculares, refuerzos positivos, seguimiento individual) e incluso aclaran a los alumnos con TDAH que “no son personas enfermas”. Así, buscan equilibrar la etiqueta diagnóstica con una narrativa de normalidad y apoyo.

Los efectos psicoemocionales del diagnóstico emergieron como otra preocupación central, varios testimonios describen consecuencias negativas como la baja autoestima infantil, incremento del estigma social (los niños “se sienten basura” tras ser etiquetados) y el “efecto de culpar” al niño o a los padres. Esto coincide con las críticas de Pérez Álvarez

(2021) y Bassols (2009), quienes subrayan que los diagnósticos como el TDAH responden en buena medida a intereses institucionales y sociales, no puramente a evidencia biológica objetiva. Dichos autores advierten que la proliferación de diagnósticos desvía la atención de factores psicosociales y convierte al niño en responsable único de la situación, generando un estigma que es funcional al sistema pero doloroso para los individuos. En otras palabras, la etiqueta diagnóstica puede aliviar la culpa de la escuela o la familia a costa de patologizar al propio niño, siendo esto un hallazgo consistente entre los entrevistados.

En cuanto a los presupuestos epistemológicos, el diagnóstico de TDAH se basa exclusivamente en criterios conductuales, las guías actuales (CADDRA, 2021), señalan que la genética es compleja y poligénica, se han identificado algunos genes vinculados a la recepción de dopamina (DRD4, DAT), pero la etiología es heterogénea y multifactorial, donde se plantean como una cuestión de epigenética, es decir, es el ambiente el que cobra más relevancia en la expresión de los genes. Faraone et al. (2024) reconocen esta heterogeneidad, los síntomas y niveles de afectación varían, con múltiples comorbilidades y diferencias cerebrales leves. En esa medida, el diagnóstico puede tener criterios estructurados, pero carece de biomarcadores objetivos, y la heterogeneidad del diagnóstico vuelve sumamente impreciso a estos criterios. Así, la demarcación entre «normalidad» y «patología» es ambigua. La crítica al modelo biomédico enfatiza justamente que etiquetar un perfil conductual desvía la atención de factores psicosociales, aunque la corriente dominante diga que el diagnóstico es “fiable” y “válido” según criterios estandarizados, existen críticas que cuestionan la suficiencia de tal etiquetado, y que trastornos supuestamente ligados a disfunciones cerebrales benignas pueden ser simplemente

normalidad infantil transitoria. Desde esta óptica el diagnóstico de TDAH no es simplemente un reflejo de una “realidad” biológica objetiva, sino una construcción epistémica resultado de prácticas normativas, intereses institucionales y mecanismos de consenso más que evidencia científica. Bassols (2009), desde Wittgenstein, señala que muchos conceptos en psiquiatría, como el de “trastorno”, carecen de delimitación lógica estricta y se prestan a usos normativos disfrazados de científicidad, estas categorías clínicas no son neutras ni definitivas, sino que están cargadas de valoraciones, lenguaje ordinario y estructuras de poder que determinan su legitimidad, a su vez, Pérez Álvarez (2021), coincide que la psiquiatría confunde a menudo evidencia científica con consenso profesional, y la “eficacia” de los tratamientos tiende a ser presentada sin un análisis crítico de su sentido y alcance real. Desde esta mirada, el TDAH debe entenderse más como una forma de ver al niño que como una realidad objetiva indiscutible.

Ante esto, se propone el análisis funcional de la conducta como alternativa al enfoque psicofarmacológico. En lugar de asumir que una serie de conductas que afectan la funcionalidad responden a un déficit neuroquímico fijo, el análisis funcional examina el contexto en que ocurren estas conductas problema (inatención, impulsividad, etc.). Estudios en aulas han demostrado que manipulaciones ambientales (ajustar la dificultad de la tarea, reforzar respuestas alternativas, etc.) eliminan comportamientos disruptivos sin medicación. Por ejemplo, Ervin et. al. (1998) documentaron cómo intervenciones basadas en análisis funcional de la conducta, como cambios en exigencias académicas y refuerzos selectivos, redujeron la conducta inadecuada en chicos diagnosticados con TDAH, con alta aceptación por parte de maestros y alumnos. Otro estudio relevante, el de Northup et al. (1995),

comparó intervenciones basadas en análisis funcional con tratamientos farmacológicos, concluyendo que las intervenciones conductuales fueron igual o más efectivas en reducir conductas problema sin necesidad de medicación. Estos estudios subrayan que la conducta disruptiva no es un reflejo automático de una patología interna, sino que responde a condiciones de refuerzo, demandas contextuales y déficits de habilidades que pueden modificarse desde el entorno. Una de las grandes virtudes del análisis funcional es su capacidad para individualizar la intervención, adaptándola a las contingencias específicas de cada niño, esto contrasta marcadamente con el uso de psicofármacos, que aplican soluciones estandarizadas a cuadros conductuales diversos, sin identificar qué función cumple esa conducta en la vida del niño. Por ejemplo, se ha documentado que conductas como levantarse del asiento o hablar fuera de turno pueden estar motivadas por intentos de escape ante tareas frustrantes o por búsqueda de atención, y que estrategias diferenciadas según la función (como enseñar habilidades de autocontrol o modificar el diseño de las clases) son más eficaces y duraderas que la supresión sintomática mediante medicación. En este sentido, investigaciones de Ellis & Magee (1999), y Pffner et al. (2013) muestran cómo estrategias centradas en reforzadores positivos y enseñanza explícita de habilidades sociales generaron mejoras significativas en el comportamiento de estudiantes con TDAH, a su vez muestran que las intervenciones colaborativas entre escuela y hogar, centradas en el entrenamiento conductual y la participación activa de padres y maestros, generan mejoras sostenidas no solo en el comportamiento, sino también en el rendimiento académico y la integración social de niños con TDAH. Este tipo de intervenciones demuestra que el abordaje funcional y contextualizado es viable y eficaz, desplazando la lógica del “déficit individual” hacia una visión más sistémica y ecológica. En la misma

dirección, el mapa de evidencias presentado por Schatz et al. (2020) resalta la sólida eficacia de las intervenciones psicosociales para el TDAH, especialmente el manejo conductual en casa y en la escuela, el entrenamiento a padres y los programas combinados. La revisión enfatiza, además, la existencia de vacíos en la investigación sobre los efectos a largo plazo de los tratamientos farmacológicos y la necesidad de fortalecer el trabajo interdisciplinario y personalizado, coincidiendo con los hallazgos empíricos que subrayan la importancia de analizar la funcionalidad de las conductas antes de recurrir a diagnósticos rígidos. Asimismo, diversos meta-análisis (Sonuga-Barke et al. 2013), (Lloyd et. al. 2016), (Moore et. al. 2018) aportan una perspectiva crítica al mostrar que las intervenciones psicológicas y conductuales (como el refuerzo positivo, el entrenamiento en habilidades y el trabajo sobre el contexto familiar y escolar) muestran efectos más robustos y sostenidos, siendo altamente valoradas por familias y educadores. Esto refuerza la idea de que la medicalización es solo una de las múltiples alternativas, y no siempre la más efectiva o ética, para abordar la diversidad infantil.

En términos de eficacia a largo plazo, múltiples estudios indican que las intervenciones basadas en análisis funcional no solo reducen las conductas problema de manera más sostenible, sino que también presentan mejoras generalizadas en contextos distintos al de intervención, por ejemplo, los meta-análisis de Page et. al. (2016) y Groenman et. al. (2022) encontraron que las intervenciones basadas en tratamientos conductuales resultaron significativamente más efectivas que aquellas no basadas en este componente para estudiantes con TDAH, respaldando empíricamente su valor práctico. De manera complementaria DuPaul y Stoner (2014) demuestran que las intervenciones conductuales

producen beneficios significativos en rendimiento académico, relaciones sociales y clima del aula, que se mantienen en el tiempo cuando se implementan correctamente. En contraste, los psicofármacos como el metilfenidato han demostrado ser eficaces en la reducción rápida de síntomas nucleares del TDAH (como la impulsividad y la falta de atención), pero sus efectos suelen desaparecer al suspender el tratamiento, y no inciden directamente en habilidades funcionales, ni en la mejora de relaciones interpersonales o desempeño escolar a largo plazo. Además, los tratamientos farmacológicos presentan efectos secundarios frecuentes como insomnio, pérdida de apetito, irritabilidad o embotamiento emocional, y pueden generar dependencia psicológica en el niño o en su entorno (escuela y familia), quienes tienden a atribuir los cambios al fármaco más que a las capacidades del propio niño. Este fenómeno puede afectar negativamente la autoimagen del menor y reducir la motivación para desarrollar habilidades adaptativas. Por el contrario, el análisis funcional promueve el desarrollo de autonomía, autorregulación y sentido de competencia, al involucrar activamente al niño y a su red de apoyo en el proceso de cambio conductual (Ervin et al., 1998; Northup et al., 1995).

En esta línea, diversos autores han señalado que el análisis funcional no sólo ofrece una herramienta técnica eficaz, sino que también representa un enfoque epistemológicamente más coherente con la complejidad del comportamiento humano, ya que considera la conducta como una relación dinámica entre individuo y contexto, y no como una expresión directa de un trastorno cerebral. Este enfoque se alinea con modelos de causalidad circular y contextual, lo que permite incluir factores sociales, educativos y emocionales en la comprensión del problema. Investigaciones como la de Ervin et al. (1998, 2001) y la de

DuPaul et. al. (2012), destacan que las evaluaciones funcionales ayudan no sólo a reducir conductas problema, sino a evitar diagnósticos innecesarios al evidenciar que muchas dificultades pueden ser resueltas con ajustes ambientales y estrategias de enseñanza, sin necesidad de etiquetar al niño clínicamente. Además, estas intervenciones funcionales han demostrado tener un impacto positivo en la percepción de los docentes, que pasan de ver al niño como "problemático" a comprenderlo en función de necesidades no satisfechas o habilidades no adquiridas. Esto cambia radicalmente la manera en que se implementan apoyos en el aula, de una actitud punitiva o de externalización médica, se pasa a una actitud proactiva y pedagógica, centrada en el desarrollo de competencias. Esta perspectiva proactiva y pedagógica también influye en cómo los docentes perciben sus propias competencias y habilidades profesionales, en algunos testimonios recogidos en las entrevistas, se evidencia que los docentes experimentan un aumento en su autoeficacia para manejar situaciones educativas complejas, lo cual reduce su dependencia de actores externos, y les permite asumir un rol más activo y efectivo en el acompañamiento del desarrollo integral de sus estudiantes.

Guías actuales de pediatría y psicología infantojuvenil avalan estas estrategias, la AAP (2011) recomienda para preescolares el entrenamiento parental en manejo de conducta (PTBM) o intervenciones escolares antes que medicar, y la evidencia acumulada muestra que los tratamientos psicosociales son efectivos para aliviar síntomas y mejorar funcionamiento. Incluso proyectos multimodales (Pelham et al., 2005; MTA study) han indicado mejores resultados cuando se prioriza terapia conductual al inicio. En definitiva, el análisis funcional invita a diseñar intervenciones pedagógicas y familiares ajustadas al niño,

en vez de recurrir inmediatamente a psicofármacos, respaldando la valoración de enfoques psicosociales y ecológicos frente a la farmacología como primer alternativa de tratamiento. Los entrevistados destacaron la relevancia del trabajo interdisciplinario (docentes, psicopedagogos, familia) y de adaptar el ambiente escolar (grupos más pequeños, adaptaciones curriculares, programas de apoyo) para atender mejor la diversidad de los niños. La literatura existente de intervenciones basadas en conducta (tanto al niño, como a padres y docentes) son de las más fundamentadas en la infancia (Moore et. al. 2018, DuPaul & Stoner, 2014). Adicionalmente, se han explorado alternativas como actividades físicas, mindfulness, etc., obteniendo beneficios variados que apuntan a abordar no solo los síntomas, sino también la autoestima y la regulación emocional. En conjunto, estas perspectivas ecológicas conciben al niño en su totalidad, su contexto familiar, escolar y cultural, no solo su “química cerebral”.

Para finalizar, la discusión indica que el TDAH debe entenderse críticamente como un fenómeno complejo en el que puede existir una vulnerabilidad biológica en algunas personas, pero que son los factores contextuales y socioculturales los que terminan delimitando la existencia del supuesto “trastorno”. Los hallazgos empíricos, en consonancia con el marco teórico, sugieren que la tendencia actual a diagnosticar y medicalizar en exceso puede ocultar la necesidad de intervenciones de apoyo pedagógico y social, es imprescindible superar el modelo biomédico con métodos integradores, aplicar el análisis funcional para identificar las causas contextuales del comportamiento y reforzar estrategias psicosociales antes de recurrir a psicofármacos. Esta postura coincide tanto con los criterios diagnósticos oficiales (que contemplan el uso combinado de terapia conductual y

medicación según la edad) como con críticas que exigen una práctica más consciente de la potencialidad en vida del niño. Sólo así puede evitarse que se transforme la infancia en una especie de laboratorio farmacéutico y se atiendan las necesidades reales de cada niño en su entorno.

Limitaciones del estudio

Dentro de las limitaciones del estudio, se encuentra la poca cantidad de participantes en la muestra (10), mediante muestreo intencional. Además no se incluyeron voces de familias, niños o adolescentes diagnosticados, cuya inclusión podría haber enriquecido la comprensión del fenómeno retratado. Para investigaciones futuras, se recomienda profundizar en la temática e incluir al diálogo la mayor cantidad de actores posibles (Niños, pediatras, psicólogos, docentes, padres, psiquiatras), en fin de aportar soluciones prácticas a esta problemática de salud pública.

Conclusiones finales

El abordaje del sobrediagnóstico y la medicalización del TDAH en la infancia pone en evidencia la complejidad de los procesos diagnósticos en el campo psi y la imposibilidad de pensar la clínica desligada de importantes debates filosóficos, epistemológicos y éticos. Por un lado, el diálogo entre los aportes de la lógica formal y las prácticas clínicas actuales permite comprender por qué la deducción axiomática, propias de los sistemas formales cerrados, resultan inalcanzables en la práctica del diagnóstico psiquiátrico. Los sistemas clasificatorios, como los manuales DSM y CIE, aspiran a una claridad y delimitación que se diluye ante la realidad clínica, donde los síntomas lejos de ajustarse a criterios fijos se

manifiestan de modo ambiguo, superpuesto y cambiante (Burgess, 2009). Siempre existirán casos y situaciones clínicas complejas que desafían la pretensión de exhaustividad y certeza, llevando la lógica clínica a adoptar un carácter revisable, contextual e intersubjetivo (Burgess, 2009). Esta condición lógica se entrelaza ineludiblemente con las problemáticas metodológicas y epistemológicas del trastorno, la aspiración a la estandarización, tan presente en la medicina basada en la evidencia y en los manuales diagnósticos, choca con la realidad de la diversidad y la singularidad de las trayectorias infantiles (Blunt, 2022). La evidencia recogida del análisis cualitativo y el marco teórico muestra que la supuesta objetividad y universalidad de los criterios diagnósticos depende, en realidad, del modelo teórico, los acuerdos entre profesionales y las prácticas interpretativas clínicas, como han remarcado Kelly (2008) y Blunt (2022). Siguiendo esta línea, el análisis filosófico-lingüístico del diagnóstico psiquiátrico a partir de Wittgenstein advierte sobre la confusión conceptual en la que frecuentemente caen tanto la investigación como la práctica clínica, los diagnósticos psiquiátricos no remiten a entidades naturales fijas ni a procesos mentales unívocos, sino que su sentido deriva de los usos y contextos en los que se emplean (Rosenman & Nasti, 2012).

Con respecto a la filosofía de la ciencia, el debate entre reducción y pluralismo, y la disputa entre realismo y constructivismo, subyacen a todas las decisiones y posicionamientos clínicos en torno a los diagnósticos psiquiátricos. La crítica materialista y emergentista de Bunge (2000) y Romero et. al. (2022), y los niveles de explicación desarrollada por Robertson y Wilson (2024) y Kincaid (2024), rechazan el reduccionismo biomédico y proponen un modelo plural, emergentista y contextual, en el cual lo biológico, lo psicológico y lo social se entrecruzan en la producción y transformación de los “síntomas”

y las trayectorias clínicas. Los fenómenos de la infancia, lejos de poder ser subsumidos a una etiología única o un tratamiento uniforme, requieren la articulación de perspectivas interdisciplinarias y la integración de múltiples niveles de análisis, desde la neurobiología hasta la ecología escolar y familiar, como muestran tanto los ejemplos clínicos documentados, como los resultados de las intervenciones educativas y comunitarias que logran modificar la evolución del cuadro más allá de la medicación (Pelham et al., 2005; Page et. al. 2016; Cooper et. al. 2020; Vacher et. al. 2020). En este marco, la ética aparece como una dimensión relevante que exige autocrítica y compromiso con el bienestar y la dignidad de los niños. Los riesgos de la medicalización injustificada, la cronificación de etiquetas diagnósticas y la intervención invasiva sin fundamento empírico sólido exigen una ética fundada en la validez epistémica, la deliberación interdisciplinaria y el respeto por la singularidad y la diversidad. Los ejemplos de medicalización, estigmatización y exclusión educativa que surgen de los estudios y testimonios analizados advierten que la eficacia pragmática de una intervención nunca es suficiente si no va acompañada de un análisis crítico de sus fundamentos, sus consecuencias sociales y su adecuación a los derechos y necesidades de los niños y sus familias. La práctica clínica en este contexto se ve enriquecida por la integración de modelos pluralistas, como el análisis de la conducta, la psicología comunitaria y los enfoques de intervención contextual, que han demostrado eficacia en la modificación de los síntomas y trayectorias del TDAH sin recurrir necesariamente al diagnóstico o la medicación (Cooper et. al. 2020). El análisis funcional de la conducta, la modificación ambiental, el trabajo con la familia y la escuela y la promoción de entornos inclusivos permiten una atención más personalizada, humana y ética, que fomenta la transformación del contexto sobre la patologización del sujeto

(Bronfenbrenner, 1977). Esta clínica plural, interdisciplinaria y crítica, a la vez que asume los límites y tensiones del conocimiento, se orienta hacia la promoción de la autonomía, la inclusión y el bienestar integral de la infancia. Por último, la validez del diagnóstico de TDAH en la infancia evidencia en cada plano de análisis la necesidad de superar los reduccionismos, reconocer la provisionalidad y apertura del conocimiento clínico y asumir la complejidad ética y filosófica de toda intervención en salud mental. La integración de la reflexión metodológica, epistemológica, ética y clínica no es solo un ejercicio intelectual, sino la única vía para sostener una psicología rigurosa, científica y comprometida con la dignidad y el desarrollo de los sujetos a los que sirve.

Referencias bibliográficas

- AAP – American Academy of Pediatrics. (2011). ADHD: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Pediatrics*, 128(5), 1007-1022.
- Altuwairqi, Y. (2024). Trends and Prevalence of Psychotropic Medication Use in Children and Adolescents in the Period Between 2013 and 2023: A Systematic Review. *Cureus*, 16(3).
- American Psychiatric Association (2024). DSM-5-TR® Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Editorial Panamericana
- Banaschewski, T., Häge, A., Hohmann, S., & Mechler, K. (2024). Perspectives on ADHD in children and adolescents as a social construct amidst rising prevalence of diagnosis and medication use. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1289157.
- Basaglia, F. (1972). *La institución negada: informe de un hospital psiquiátrico*. Barcelona: Barral.
- Bassols, A. T. (2009). *Ensayos de filosofía de la psicología*. Guadalajara: Editorial Universitaria, Universidad de Guadalajara.
- Becker, H. (2018). *Outsiders: hacia una sociología de la desviación*. Siglo veintiuno editores.
- Bergey, M. R., Filipe, A. M., Conrad, P., & Singh, I. (Eds.). (2018). *Global perspectives on ADHD: Social dimensions of diagnosis and treatment in sixteen countries*. JHU Press.

- Bianchi, E., Faraone, S. A., & Torricelli, F. C. (2021). Medicalización del TDAH en Argentina: Reflexiones sobre tendencias globales y especificidades locales a través del estudio del metilfenidato y la atomoxetina.
- Bianchi, E., Faraone, S. A., Oberti, M. L., & Leone, C. (2020). Medicalización como problema de salud internacional. La prensa escrita online sobre TDAH en Argentina (2001-2017). *Astrolabio. Nueva Época*, (24), 17-51.
- Bianchi, E. (2019). ¿De qué hablamos cuando hablamos de medicalización? Sobre adjetivaciones, reduccionismos y falacias del concepto en ciencias sociales. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*
- Biederman, J., Monuteaux, M. C., Spencer, T., Wilens, T. E., & Faraone, S. V. (2009). Do stimulants protect against psychiatric disorders in youth with ADHD? A 10-year follow-up study. *Pediatrics*, 124(1), 71-78.
- Blunt, C. J. (2022). The pyramid schema: the origins and impact of evidence pyramids
- Brault, M. C., Degroote, E., Jean, M., & Van Houtte, M. (2022). Relative age effect in attention deficit/hyperactivity disorder at various stages of the medicalization process. *Children*, 9(6), 889.
- Breggin, P. R. (1999). Psychostimulants in the treatment of children diagnosed with ADHD: Risks and mechanism of action. *International Journal of Risk & Safety in Medicine*, 12(1), 3-35.
- Brodersen, J., Schwartz, L. M., Heneghan, C., O'Sullivan, J. W., Aronson, J. K., & Woloshin, S. (2018). Overdiagnosis: what it is and what it isn't. *BMJ evidence-based medicine*, 23(1), 1-3.

- Bröer, C., & Heerings, M. (2013). Neurobiology in public and private discourse: the case of adults with ADHD. *Sociology of Health & Illness*, 35(1), 49-65.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American psychologist*, 32(7), 513.
- Bunge, M. (2000). *La investigación científica: su estrategia y su filosofía*. Siglo XXI.
- Burgess, J. (2009). *Philosophical Logic*. Princeton University Press.
- Canadian ADHD Resource Alliance (2021). *Canadian ADHD Practice Guidelines (4.1 ed.)*. CADDRA.
- Canguilhem, G. (1982). *Lo normal y lo patológico*. Siglo xxi.
- Catalá-López, F., Hutton, B., Núñez-Beltrán, A., Page, M. J., Ridao, M., Macías Saint-Gerons, D., ... & Moher, D. (2017). The pharmacological and non-pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: a systematic review with network meta-analyses of randomised trials. *PloS one*, 12(7), e0180355.
- Castel, F., Castel, R. & Lovell, A., (1980). *La sociedad psiquiátrica avanzada: el modelo norteamericano*. Anagrama.
- Castilla, C. J. L. (2015). La medicalización de la infancia en salud mental: el caso paradigmático de los trastornos de atención. *Papeles del psicólogo*, 36(3), 174-181.
- Cetkovich, M. (2018). *El estigma de la enfermedad mental y la psiquiatría*. Buenos Aires: Paidós.

- Coghill, D., Banaschewski, T., Cortese, S., Asherson, P., Brandeis, D., Buitelaar, J., ... & Simonoff, E. (2021). The management of ADHD in children and adolescents: bringing evidence to the clinic: perspective from the European ADHD Guidelines Group (EAGG). *European child & adolescent psychiatry*, 1-25.
- Conrad, P., & Bergey, M. (2015). Medicalization: Sociological and anthropological perspectives. In *International encyclopedia of the social & behavioral sciences*
- Conrad, P., & Bergey, M. R. (2014). The impending globalization of ADHD: Notes on the expansion and growth of a medicalized disorder. *Social Science & Medicine*, 122, 31-43.
- Conrad, P. (2007). *The Medicalization of Society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Cooper, J. O., Heron, T. E., & Heward, W. L. (2020). *Applied Behavior Analysis* (3rd ed.). Pearson.
- Danielson, M. L., Claussen, A. H., Bitsko, R. H., Katz, S. M., Newsome, K., Blumberg, S. J., ... & Ghandour, R. (2024). ADHD prevalence among US children and adolescents in 2022: diagnosis, severity, co-occurring disorders, and treatment. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 53(3), 343-360.
- DuPaul, G. J., Eckert, T. L., & Vilaro, B. (2012). The effects of school-based interventions for attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis 1996–2010. *School psychology review*, 41(4), 387-412.
- DuPaul, G. J., & Stoner, G. (2014). *ADHD in the schools: Assessment and intervention strategies*. Guilford Publications.

- Ellis, J., & Magee, S. K. (1999). Determination of environmental correlates of disruptive classroom behavior: Integration of functional analysis into public school assessment process. *Education and Treatment of Children*, 291-316.
- Ervin, R. A., DuPaul, G. J., Kern, L., & Friman, P. C. (1998). Classroom-based functional and adjunctive assessments: Proactive approaches to intervention selection for adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31(1), 65-78.
- Ervin, R. A., Radford, P. M., Bertsch, K., Piper, A. L., Ehrhardt, K. E., & Poling, A. (2001). A descriptive analysis and critique of the empirical literature on school-based functional assessment. *School Psychology Review*, 30(2), 193–210.
- Faraone, S. V., Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman, J., Bellgrove, M. A., ... & Wang, Y. (2021). The world federation of ADHD international consensus statement: 208 evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience & biobehavioral reviews*, 128, 789-818.
- Faraone, S. V., Bellgrove, M. A., Brikell, I., Cortese, S., Hartman, C. A., Hollis, C., ... & Buitelaar, J. K. (2024). Attention-deficit/hyperactivity disorder (Primer). *Nature Reviews: Disease Primers*, 10(1), 11.
- Filipe, A. M. (2020). Paying attention: Diagnosis, value, and meaning making in the ADHD clinic. *Science, Medicine e Anthropology*.
- Foucault, M. (1976). *Historia de la locura en la época clásica*. Fondo de cultura económica.
- Foucault, M. (1983). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Siglo xxi.
- Frances, A. (2013). *¿Somos todos enfermos mentales?* Barcelona: Ariel.

- Fulton, B. D., Scheffler, R. M., & Hinshaw, S. P. (2015). State variation in increased ADHD prevalence: links to No Child Left Behind school accountability and state medication laws. *Psychiatric Services*, 66(10), 1074-1082.
- Galati, E. (2020). *La complejidad de la medicalización de la infancia*. Buenos Aires: Universidad Abierta Interamericana.
- Gallo, E. F., & Posner, J. (2016). Moving towards causality in attention-deficit hyperactivity disorder: overview of neural and genetic mechanisms. *The Lancet Psychiatry*, 3(6), 555-567.
- Garcia-Rosales, A., Cortese, S., & Vitoratou, S. (2024). Measurement invariance of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder symptom criteria as rated by parents and teachers in children and adolescents: A systematic review. *Plos one*, 19(2), e0293677.
- Goodwin, M. (2010). *On the other side of hyperactivity: an anthropology of ADHD* (Doctoral dissertation, UC Berkeley).
- Grimm, O., Kranz, T. M., & Reif, A. (2020). Genetics of ADHD: what should the clinician know?. *Current psychiatry reports*, 22, 1-8.
- Groenman, A. P., Hornstra, R., Hoekstra, P. J., Steenhuis, L., Aghebati, A., Boyer, B. E., ... & van den Hoofdakker, B. J. (2022). An individual participant data meta-analysis: behavioral treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 61(2), 144-158.
- Hinshaw, S. P., & Scheffler, R. M. (2014). *The ADHD explosion: Myths, medication, money, and today's push for performance*. Oxford University Press.

- Hinshaw, S. P., & Scheffler, R. M. (2018). ADHD in the twenty-first century. In Banaschewski, T., Coghill, D., & Zuddas, A. (Eds.). (2018). Oxford textbook of attention deficit hyperactivity disorder. Oxford University Press.
- Huda, A. S. (2021). The medical model and its application in mental health. *International Review of Psychiatry*, 33(5), 463-470.
- Illich, I. (1975). *Némesis Médica: la expropiación de la salud*. México: Barral editores.
- Jensen, P. S., Arnold, L. E., Swanson, J. M., Vitiello, B., Abikoff, H. B., Greenhill, L. L., ... & Hur, K. (2007). 3-year follow-up of the NIMH MTA study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(8), 989-1002.
- Joseph, J. (2000). Not in their genes: A critical view of the genetics of attention-deficit hyperactivity disorder. *Developmental Review*, 20(4), 539-567.
- Joseph, J. (2014). *The trouble with twin studies: A reassessment of twin research in the social and behavioral sciences*. Routledge.
- Kazda, L., Bell, K., Thomas, R., McGeechan, K., Sims, R., & Barratt, A. (2021). Overdiagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents: a systematic scoping review. *JAMA network open*.
- Kelly, T. (2008). *Evidence: Fundamental concepts and the phenomenal conception*.
- Kincaid, H. (2024). Messy but Real Levels in the Social Sciences. En K. Robertson & A. Wilson (Eds.), *Levels of Explanation*. Oxford University Press.
- Ley 26.657. (2010). *Ley Nacional de Salud Mental*

- Lloyd, B. P., Weaver, E. S., & Staubitz, J. L. (2016). A review of functional analysis methods conducted in public school classroom settings. *Journal of Behavioral Education, 25*, 324-356.
- Mayes, R., & Horwitz, A. V. (2005). DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences, 41*(3), 249-267.
- Mayes, R., Bagwell, C., & Erkulwater, J. L. (2009). *Medicating children: ADHD and pediatric mental health*. Harvard University Press.
- McLaren, J. L., Zito, J. M., Fegert, J. M., & Barnett, E. R. (2024). Psychotropic overprescribing to youth: scope of the problem, causes, and possible solutions. *Frontiers in Psychiatry, 15*, 1418600.
- Merten, E. C., Cwik, J. C., Margraf, J., & Schneider, S. (2017). Overdiagnosis of mental disorders in children and adolescents (in developed countries). *Child and adolescent psychiatry and mental health, 11*, 1-11.
- Mills, S. (2022). The scientific integrity of ADHD: A critical examination of the underpinning theoretical constructs. *Frontiers in Psychiatry, 13*, 1062484.
- Molina, B. S., Hinshaw, S. P., Swanson, J. M., Arnold, L. E., Vitiello, B., Jensen, P. S., ... & MTA Cooperative Group. (2009). The MTA at 8 years: prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 48*(5), 484-500.
- Moncrieff, J., & Timimi, S. (2013). The social and cultural construction of psychiatric knowledge: An analysis of NICE guidelines on depression and ADHD. *Anthropology & Medicine, 20*(1), 59–71.

- Moncrieff, J. (2013). *Hablando claro: una introducción a los fármacos psiquiátricos*. Herder Editorial.
- Morgan, P. L., Woods, A. D., & Wang, Y. (2023). Sociodemographic disparities in attention-deficit/hyperactivity disorder overdiagnosis and overtreatment during elementary school. *Journal of Learning Disabilities*, 56(5), 359-370.
- Moore, D. A., Russell, A. E., Matthews, J., Ford, T. J., Rogers, M., Ukoumunne, O. C., ... & Gwernan-Jones, R. (2018). School-based interventions for attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review with multiple synthesis methods. *Review of Education*, 6(3), 209-263.
- Mueller, K. L., & Tomblin, J. B. (2012). Diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder and its behavioral, neurological, and genetic roots. *Topics in Language Disorders*, 32(3), 207-227.
- Newnes, C. (2014). *Clinical psychology: A critical examination*. Pccs Books.
- Noordermeer, S. D., & Oosterlaan, J. (2023). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In Robert F. Krueger, and Paul H. Blaney (eds), *Oxford Textbook of Psychopathology*, 4 ed. Oxford University Press.
- Northup, J., Broussard, C., Jones, K., George, T., Vollmer, T. R., & Herring, M. (1995). The differential effects of teacher and peer attention on the disruptive classroom behavior of three children with a diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 28(2), 227–228.
- Page, T.F., Pelham III, W.E., Fabiano, G.A, Greiner, A.R., Gnagy, E.M., Hart, K.C., Cox, S, Waxmonsky, J.G., Foster, E.M. (2016). Comparative cost analysis of sequential, adaptive, behavioral, pharmacological, and combined treatments of

childhood ADHD, *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 45(4):416-27.

- Panther, S. G., Knotts, A. M., Odom-Maryon, T., Daratha, K., Woo, T., & Klein, T. A. (2017). Off-label prescribing trends for ADHD medications in very young children. *The Journal of Pediatric Pharmacology and Therapeutics*, 22(6), 423-429.
- Paris, J., Bhat, V., & Thombs, B. (2015). Is adult attention-deficit hyperactivity disorder being overdiagnosed?. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(7), 324-328.
- Paris, J. (2020). *Overdiagnosis in psychiatry: How modern psychiatry lost its way while creating a diagnosis for almost all of life's misfortunes*. Oxford University Press.
- Parkin, R., Bennett, K., Nicholas, F. M., & Hayden, J. C. (2024). Recent trends in psychotropic medication use in children and adolescents in Ireland. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1-13.
- Peterson, B. S., Trampush, J., Maglione, M., Bolshakova, M., Rozelle, M., Miles, J., ... & Hempel, S. (2024). Treatments for ADHD in children and adolescents: a systematic review. *Pediatrics*, 153(4), e2024065787.
- Peterson, B. S., Trampush, J., Brown, M., Maglione, M., Bolshakova, M., Rozelle, M., ... & Hempel, S. (2024). Tools for the diagnosis of ADHD in children and adolescents: a systematic review. *Pediatrics*, 153(4).
- Pelham, W. E., Fabiano, G. A., & Massetti, G. M. (2005). Evidence-based assessment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(3), 449–476.

- Pelham Jr, W. E., Fabiano, G. A., Waxmonsky, J. G., Greiner, A. R., Gnagy, E. M., Pelham III, W. E., ... & Murphy, S. A. (2016). Treatment sequencing for childhood ADHD: A multiple-randomization study of adaptive medication and behavioral interventions. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(4), 396-415.
- Pérez Álvarez, M. (2018). Más Aristóteles y menos Concerta®: Las cuatro causas del TDAH. Ned Ediciones.
- Pérez Álvarez, M. (2021). *Ciencia y pseudociencia en psiquiatría y Psicología*. Alianza
- Pérez Álvarez, M., Pardo, H. G., & de Vinuesa, F. G., (2014). *Volviendo a la normalidad: La invención del TDAH y del trastorno bipolar infantil*. Alianza.
- Pfiffner, L. J., Villodas, M., Kaiser, N., Rooney, M., & McBurnett, K. (2013). Educational outcomes of a collaborative school-home behavioral intervention for ADHD. *School Psychology Quarterly*, 28(1), 25–36
- Plotkin-Amrami, G., & Fried, T. (2024). Sensitive child, disturbed Kid: Stigma, medicalization, and the interpretive work of Israeli mothers of children with ADHD. *Culture, Medicine, and Psychiatry*.
- Ponnou, S., & Thomé, B. (2022). ADHD diagnosis and methylphenidate consumption in children and adolescents: A systematic analysis of health databases in France (2010–2019). *Frontiers in Psychiatry*.
- Robertson, K., & Wilson, A. (Eds.) (2024). *Levels of Explanation*. Oxford University Press.
- Romero, G. E. Javier Pérez-Jara; Lino Camprubí (2022). *Contemporary Materialism: Its Ontology and Epistemology*. Springer.

- Rosenman, S., & Nasti, J. (2012). Psychiatric diagnoses are not mental processes: Wittgenstein on conceptual confusion. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 46(11), 1046–1052.
- Russell, A. E., Ford, T., Williams, R., & Russell, G. (2016). The association between socioeconomic disadvantage and attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a systematic review. *Child Psychiatry & Human Development*, 47, 440-458.
- Schatz, N. K., Aloe, A. M., Fabiano, G. A., Pelham Jr, W. E., Smyth, A., Zhao, X., ... & Altszuler, A. R. (2020). Psychosocial interventions for attention-deficit/hyperactivity disorder: Systematic review with evidence and gap maps. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 41, S77-S87.
- Schein, J., Cloutier, M., Gauthier-Loiselle, M., Bungay, R., Guerin, A., & Childress, A. (2022). Reasons for treatment changes in children and adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity disorder: a Chart Review study. *Advances in Therapy*, 39(12), 5487-5503.
- Schleim, S. (2022). Why mental disorders are brain disorders. And why they are not: ADHD and the challenges of heterogeneity and reification. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 943049.
- Singh, I. (2008). Beyond polemics: science and ethics of ADHD. *Nature Reviews Neuroscience*, 9(12), 957-964.
- Singh, I., Filipe, A. M., Bard, I., Bergey, M., & Baker, L. (2013). Globalization and cognitive enhancement: emerging social and ethical challenges for ADHD clinicians. *Current psychiatry reports*, 15, 1-9.

- Sobo, E. J., & Loustanaou, M. O. (2010). *The cultural context of health, illness, and medicine*. Bloomsbury Publishing USA.
- Solmi, M., Fornaro, M., Ostinelli, E. G., Zangani, C., Croatto, G., Monaco, F., ... & Correll, C. U. (2020). Safety of 80 antidepressants, antipsychotics, anti-attention-deficit/hyperactivity medications and mood stabilizers in children and adolescents with psychiatric disorders: a large scale systematic meta-review of 78 adverse effects. *World Psychiatry*, 19(2), 214-232.
- Sonuga-Barke, E. J., Brandeis, D., Cortese, S., Daley, D., Ferrin, M., Holtmann, M., ... & European ADHD Guidelines Group. (2013). Nonpharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. *American journal of psychiatry*, 170(3), 275-289.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2016). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Universidad de Antioquia.
- Swanson, J. M., Elliott, G. R., Greenhill, L. L., Wigal, T., Arnold, L. E., Vitiello, B., ... & Volkow, N. D. (2007). Effects of stimulant medication on growth rates across 3 years in the MTA follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(8), 1015-1027.
- Szasz, T. (1973). *El mito de la enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Timimi, S., & Leo, J. (2017). *Rethinking ADHD: From brain to culture*. Bloomsbury Publishing.

- Timimi, S., Moncrieff, J., Jureidini, J., Leo, J., Cohen, D., & Whitfield, C. (2004). A critique of the International Consensus Statement on ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7(1), 59–68.
- Timimi, S. (2014). *Pathological child psychiatry and the medicalization of childhood*. Routledge.
- Timimi, S. (2015). Children's mental health: Time to stop using psychiatric diagnosis. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 17(4), 342-358.,
- Timimi, S. (2021). Cientificismo y trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 41(139), 211-228.
- Timimi, Z., & Timimi, S. (2022). Psychiatrisation of school children: Secondary school teachers' beliefs and practices on mental health and illness. *Troubled Persons Industries: The Expansion of Psychiatric Categories beyond Psychiatry*, 23-47.
- Vacher, C., Goujon, A., Romo, L., & Purper-Ouakil, D. (2020). Efficacy of psychosocial interventions for children with ADHD and emotion dysregulation: a systematic review. *Psychiatry research*, 291, 113151.
- Whitely, M., Raven, M., Timimi, S., Jureidini, J., Phillimore, J., Leo, J., ... & Landman, P. (2018). Attention deficit hyperactivity disorder late birthdate effect common in both high and low prescribing international jurisdictions: systematic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.
- Wilens, T. E., Woodward, D. W., Ko, J. D., Berger, A. F., Burke, C., & Yule, A. M. (2022). The impact of pharmacotherapy of childhood-onset psychiatric disorders on the development of substance use disorders. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 32(4), 200-214.

- Willig, T. N., Dajon, M., Assathiany, R., Brun, L., Fourneret, P., Massé, M. & Ouakil, D. P. (2024). Healthcare pathways and practitioners' knowledge about ADHD in children. *L'encephale*, 50(4), 363-372.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines (Vol. 1)*. World Health Organization.
- Young, S., Absoud, M., Al-Attar, Z., Ani, C., Colley, W., Cortese, S., ... & Lewis, A. (2024). The ADHD Assessment Quality Assurance Standard for Children and Teenagers (CAAQAS). *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2603-2628.

Anexos

Anexo 1. Guión de entrevista para agentes educativos

Guía de preguntas para agentes educativos

Criterios diagnósticos:

1. ¿Qué comportamientos específicos hacen que sospeche que un niño/a pueda tener TDAH o algún otro trastorno?
2. ¿Cómo diferencia usted entre comportamientos propios del desarrollo infantil y aquellos que podrían ser indicativos de un trastorno?
3. ¿Qué rol cumplen las observaciones de los docentes en el proceso diagnóstico de TDAH o algún otro trastorno?

El contexto escolar:

4. ¿Qué desafíos encuentra al trabajar con niños diagnosticados con TDAH en el aula?

5. ¿De qué manera influye la cantidad de estudiantes en clase en su capacidad para manejar comportamientos relacionados con la falta de atención?

6. ¿Qué tipo de apoyos considera necesarios para trabajar eficazmente con estudiantes con diagnóstico de TDAH o algún otro trastorno?

Intervenciones pedagógicas y educativas:

7. ¿Qué tipo de estrategias pedagógicas se aplican habitualmente con estudiantes que muestran comportamientos inquietos o desatentos?

8. ¿Ha recibido formación específica para manejar situaciones asociadas al TDAH u otro trastorno en el aula? Si no, ¿considera que sería útil recibirla?

9. ¿Cree que las estrategias pedagógicas podrían reducir la necesidad de derivar a los estudiantes para una evaluación psicológica?

Sobrediagnóstico:

10. ¿Considera que actualmente hay una tendencia a sobrediagnosticar a los niños con TDAH u otro trastorno? ¿Por qué?

11. ¿Ha notado diferencias en la frecuencia de diagnósticos según el tipo de institución (pública o privada)? ¿Qué factores cree que influyen en esto?

12. ¿Percibe presión (por parte de padres, directivos u otros docentes) para derivar rápidamente a evaluación psicológica a los estudiantes inquietos o problemáticos?

Implicaciones éticas, clínicas y sociales:

13. ¿Qué implicaciones cree que tienen los diagnósticos en la vida escolar, social y emocional de los niños?

14. Desde su perspectiva, ¿la medicación facilita realmente el manejo del aula o cree que

existen otras vías más adecuadas para abordar estos comportamientos?

Experiencias profesionales:

15. ¿Cuál es su experiencia personal trabajando con niños diagnosticados con TDAH u otro trastorno?

16. ¿Ha cambiado su opinión respecto al diagnóstico y tratamiento del TDAH con el tiempo? ¿Qué aspectos influyeron en ese cambio?

17. ¿Qué recomendaciones daría para mejorar el manejo del TDAH en contextos educativos?

Anexo 2. Guión de entrevista para psiquiatras infantiles

Guía de preguntas para psiquiatras infantiles

Sobre criterios diagnósticos:

1. ¿Qué criterios considera usted fundamentales para diagnosticar TDAH en niños?
2. ¿Cómo valora usted la eficacia y precisión de los criterios del DSM-5 o el CIE-11 para el TDAH?
3. ¿En qué casos suele encontrar más dificultades o dudas al realizar el diagnóstico de TDAH?
4. ¿Qué lugar ocupan para usted las pruebas neuropsicológicas u otros tests psicológicos en el proceso diagnóstico?

Sobre la práctica clínica:

5. ¿Qué tipo de información adicional (más allá del DSM) busca o considera esencial antes de decidir un diagnóstico de TDAH?
6. ¿Qué rol cumplen las entrevistas con padres y docentes en su evaluación diagnóstica?
7. ¿Existen situaciones en las que considere que podría haber sobrediagnóstico de TDAH? ¿Podría dar ejemplos concretos?
8. ¿Cómo influye el contexto social, educativo y familiar en su decisión de diagnosticar TDAH?

Sobre el tratamiento farmacológico:

9. ¿En qué condiciones recomienda usted iniciar un tratamiento farmacológico para el TDAH?
10. ¿Cómo valora la relación costo-beneficio del uso prolongado de medicamentos en niños?
11. ¿Cuáles son las preocupaciones más frecuentes que observa en los padres respecto al tratamiento con psicofármacos en niños?
12. ¿Qué seguimiento hace habitualmente cuando prescribe medicamentos para TDAH, y cómo evalúa su eficacia a largo plazo?

Sobre tratamientos no farmacológicos:

13. ¿En qué circunstancias considera usted apropiado implementar tratamientos no farmacológicos para el manejo del TDAH?
14. ¿Qué tipo de intervenciones psicosociales o educativas recomienda como complemento o alternativa al tratamiento farmacológico?
15. ¿Existen barreras en la práctica clínica para utilizar tratamientos no farmacológicos?

Sobre aspectos éticos:

16. ¿Qué implicaciones éticas identifica en el diagnóstico temprano y en la medicalización infantil del TDAH?
17. ¿Considera que la actual clasificación diagnóstica y manejo del TDAH podría estar contribuyendo a medicalizar comportamientos normales en la infancia? ¿Por qué?
18. Desde su experiencia clínica, ¿ha percibido presión social, educativa o familiar que favorezca el sobrediagnóstico o la sobremedicación? ¿Puede dar ejemplos?
19. ¿Cree que los diagnósticos psiquiátricos infantiles, especialmente el TDAH, están influenciados por intereses comerciales o farmacéuticos? ¿Por qué sí o por qué no?

Reflexión profesional:

20. A lo largo de su práctica clínica, ¿cómo ha evolucionado su perspectiva respecto al diagnóstico y tratamiento del TDAH?
21. ¿Qué recomendaciones realizaría para mejorar las prácticas actuales de diagnóstico y tratamiento del TDAH infantil?

Anexo 3. Modelo de consentimiento informado

Córdoba, Mayo 2025

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE USO DE INFORMACIÓN CON FINES CIENTÍFICO/ACADÉMICOS

Apellido y Nombre del/la Participante:

Edad:

DNI:

Domicilio:

Mediante la presente, doy mi consentimiento para participar en el proyecto de investigación que lleva a cabo la/el estudiante Joaquin Agüero DNI 43451392 titulado "Perspectivas críticas sobre la medicalización y diagnóstico del TDAH en la infancia: un estudio cualitativo", bajo la supervisión del Dr. Damián Revillo.

He sido notificada/o y he comprendido los siguientes puntos:

- 1) La investigación se enmarca en el proyecto de investigación titulado "Caracterización de las demandas y los abordajes en torno al fenómeno dislexia desde una perspectiva neurocognitiva y etnográfica", que cuenta con el aval de la Universidad Siglo 21.
- 2) Los objetivos de la investigación son A) alcanzar un registro de la prevalencia de distintos diagnósticos psiquiátricos en personas en edad escolar en la ciudad de Córdoba, para lo que se buscará identificar la cantidad y el tipo de diagnósticos psiquiátricos que se encuentran en las escuelas primarias de la ciudad de Córdoba; B) caracterizar los problemas asociados a las dificultades de lectura en personas adultas; C) reconstruir las implicancias del diagnóstico de dislexia sobre las prácticas e identidades de los distintos actores implicados en esta problemática.
- 3) Toda la información que se recabe a lo largo de la investigación se almacenará con absoluta confidencialidad y al usarse se tendrá total cuidado de evitar cualquier dato que pudiera permitir la identificación de la fuente. De esta manera, se preservará la identidad de las personas e instituciones que participen como informantes.
- 4) Todos los datos serán utilizados exclusivamente con fines científico/académicos por los miembros del equipo de investigación y ninguna persona ajena a este equipo tendrá acceso a los mismos.
- 5) Mi participación en la investigación es absolutamente voluntaria y tengo la libertad de interrumpirla en cualquier momento y de pedir que no se utilicen mis datos para la investigación, sin que esto pueda derivar en sanciones, perjuicio o menoscabo alguno.
- 6) Mi participación en la investigación no me compromete con ningún aspecto de la investigación y se restringe exclusivamente a participar de distintas entrevistas previamente pautadas.
- 7) Ante cualquier duda o inconveniente, puedo comunicarme al correo electrónico damian-revillo@mi21.edu.ar

.....

Firma

.....

Aclaración