

Sobrediagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad: producto contextual o afinidad clínica

David Sánchez Trujillo
Laura Cristina Torres López¹

Resumen

En este artículo se busca establecer el panorama del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en el ámbito escolar desde diferentes perspectivas, estableciendo el valor psicosocial, biológico y evolutivo de las conductas características de este trastorno. De esta manera se aborda la problemática que surge con el sobrediagnóstico y la medicalización del trastorno, como consecuencia del desconocimiento del perfil psicoeducativo del alumnado con TDAH por parte de los docentes que remiten a los jóvenes con bajo rendimiento académico o conductas inapropiadas a neurología o psiquiatría, donde generalmente reciben un diagnóstico superficial y un tratamiento farmacológico apresurado en la búsqueda de mejorar la sintomatología. Se resalta el origen multifactorial del TDAH y la asignación de una voz, de un papel del niño en el diagnóstico.

Palabras clave: TDAH, sobrediagnóstico, factores psicosociales, educación.

Introducción

El TDAH se encuentra catalogado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V (2013) como un trastorno del desarrollo neurológico, sin embargo, según la Guía Práctica Clínica sobre el TDAH (2010), del ministerio de sanidad de España, no se ha demostrado hasta el momento el correlato biológico del TDAH, por esta razón es nombrado como trastorno y no como enfermedad. Igualmente, su diagnóstico se ejecuta a través de la observación y el reporte de comportamientos que se clasifican como patógenos, y no por

¹ Estudiantes de pregrado en Psicología de la Universidad de Antioquia. Correos electrónicos: david.sanchezt@udea.edu.co laura.torresl@udea.edu.co



exámenes físicos o médicos, aunque en algunas ocasiones se acude a un diagnóstico interdisciplinar a través de tests neuropsicológicos.

Este trastorno se caracteriza, como su nombre lo indica, por conductas de inquietud y distracción, sin embargo, para clasificar estos comportamientos como sintomáticos el DSM-V establece tres condiciones básicas: primero, los síntomas deben presentarse durante seis meses como mínimo, segundo, estos comportamientos sintomáticos no deben concordar con el nivel de desarrollo del sujeto, y, por último, las actividades sociales, académicas y/o laborales se ven afectadas por su presencia. (DSM-V, 2013). Estas condiciones no son estrictamente descriptoras de una grave alteración, muchas personas presentan comportamientos en discordancia con su nivel de desarrollo, mantenidas durante un tiempo prudente y que afectan su entorno como respuesta a, en palabras de Pérez & Fernández (2008), problemas de la vida. Es aquí donde juega un papel fundamental la afinidad clínica del profesional, quien debe diferenciar correctamente entre estos problemas de la vida y la constitución de una verdadera alteración atencional o bajo control de la impulsividad.

Veamos como la variable ubicación geográfica nos muestra grandes diferencias en la prevalencia de este trastorno, esto puede representar la influencia del ambiente en el diagnóstico de TDAH, el cual, a pesar de que no se ha demostrado un fallo biológico y algunos profesionales manifiestan la falta de rigor en su diagnóstico, se ha divulgado como uno de los más sólidos de la psiquiatría (Guadalix, 2015). La prevalencia del TDAH en Colombia presenta diferencias en sus porcentajes dependiendo de la región que se estudia, se encontró que en Antioquia la prevalencia de este trastorno, según estudios epidemiológicos realizados anteriormente en el año 2005, está entre el 15 y el 17%, mientras que en Bogotá este resultado fue del 5.4%. (Vélez, 2008). Esta diferencia en el resultado, según el autor, podría deberse a la diferencia cultural y genética entre la población de las dos regiones; “la población de Bogotá y la de la región de Antioquia provienen de un origen étnico diferente debido a los procesos de migración poblacional durante el periodo de colonización.” (Vélez, 2008, p. 9).

Pese a las diferencias porcentuales en la prevalencia del TDAH, no se puede negar la tendencia a un aumento de este diagnóstico y por ende el aumento en el consumo de psicoestimulantes. Esto nos impulsa a estudiar la posibilidad de un sobrediagnóstico, el cual es entendido como el

fenómeno que se produce por aquellos casos en los que se establece un diagnóstico de este trastorno sin realizar un adecuado estudio longitudinal del problema, o sin tener en cuenta la etapa evolutiva, el desarrollo neurológico, el modelo de crianza del paciente y los factores psicosociales.

Factores psicosociales del TDAH

“En un modelo psicobiológico del TDAH, se hipotetiza la influencia de factores psicosociales, familiares y socioeconómicos que pueden afectar de forma negativa en el desarrollo infantil, conduciendo a un TDAH.” (Rivas, 2014, p. 35).

Es común ver como se excluyen los factores psicosociales a la hora de realizar un diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, pues generalmente se remite a neurología a aquel estudiante que presenta bajo rendimiento académico, “Dueñas (2013), advierte que en este tipo de prácticas existe un uso superficial de la entidad diagnóstica del TDAH, reduciendo las dificultades escolares de los alumnos a factores biológicos.” (Como se cita en Cuadras & Hinojoza, 2017, p.2). Sin embargo con el pasar de los años, el origen del

TDAH se ha vuelto más confuso y mientras tanto, la forma de establecer su diagnóstico sigue siendo la misma que en un principio, a partir de una evaluación estructurada del comportamiento del paciente.



La identificación del TDAH no sólo es complicada para los profesionales relacionados con el diagnóstico e intervención, sino que representa un reto incluso mayor para los padres de familia, quienes comúnmente confunden los síntomas propios del trastorno, interpretándolos como desobediencia, vagancia e irresponsabilidad (Korzeniowsk & Ison, 2008). Anastopoulos, Smith & Wein (1998), afirman que los niños con TDAH suelen presentar además sentimientos de baja autoestima o ineficacia cuando se ven enfrentados a los reproches constantes por parte de su familia, lo que empeora aún más el cuadro para los pacientes (como se cita en Korzeniowsk & Ison, 2008).

Esta situación nos lleva a darle mayor importancia a factores que en el pasado habían quedado en un segundo plano y que son los que en este texto llamaremos factores psicosociales. Claros ejemplos de estos factores, que influyen directamente en la expresión de los síntomas del TDAH, son “la funcionalidad familiar, como el estrés dentro de la familia, las relaciones conflictivas en el seno de la misma o la psicopatología parental.” (Rivas, 2014, p. 35). Desde la teoría del psicoanálisis relacional, autores como Winnicott, nos indican cómo el medio en el que el niño se desarrolla adquiere un rol importante y decisivo en la construcción subjetiva de ese individuo, es así como la funcionalidad familiar adquiere un papel determinante en la manifestación sintomática del niño, en este caso, en los comportamientos sintomáticos típicos del TDAH.

Un factor fundamental y que no ha sido abordado directamente hasta el momento es la influencia del contexto y la cultura en la manifestación sintomatológica del TDAH. Al ser el niño un sujeto social el cual constituye la imagen de sí mismo (Self) a partir del discurso del otro, se convierte en, como expresa Leavy citando a Donoso, “un informante calificado sobre un fenómeno sociocultural de interés” (Leavy, 2013, p. 681). Es decir, los comportamientos del niño son una expresión de los patrones culturales en el que se encuentra inmerso. Hoy en día la infancia es vivida de forma diferente a hace unos cuantos años. Actualmente, los niños no tienen tiempo para jugar, no hacen travesuras y se les exige producción como si fueran adultos, deben cumplir con sus deberes escolares,

deben practicar un deporte, tocar un instrumento, aprender otro idioma etc. A los niños de hoy en día se les presenta un mundo acelerado, inmediato y de resultados.

Como respuesta a lo inmediato, fácil y atractivo, la innovación se ha convertido en el pilar de la cultura occidental. La invención del internet, la televisión, los videojuegos y su rápido avance y mejoramiento continuo producen una cantidad de estímulos que no eran vivenciados por los niños de antes. La presentación constante de estímulos responde a la cultura de lo inmediato, como consecuencia los niños ya no se sorprenden con tanta facilidad, se aburren fácil y rápidamente, lo cual se traduce en un comportamiento inquieto e inatento. Es curiosa la coincidencia que se produce entre las primeras descripciones de las características del TDAH por el Dr. Still en 1902, seguido en 1960 y 1970 por los autores de la época que hablaban de trastorno de conducta y síndrome hiperactivo, hasta 1980 cuando el TDAH se apreció por primera vez como trastorno mental en el DSM-III (Guadalix, 2015); y, la invención del televisor en 1928 (Pauloni & Florencia, 2013), los videojuegos en 1972 (Belli & López, 2008) y el internet en 1969 el cual fue abierto al público en general en 1990 aproximadamente (Trigo, 2004). Las primeras descripciones de este trastorno y la invención de estos elementos tecnológicos coinciden en siglo y décadas.

A lo anterior se suman las familias donde la autoridad está desdibujada, es decir, los límites se tornan difusos para el niño debido a que sus cuidadores no asumen un rol autoritario. Tras esto, los padres buscan un diagnóstico que explique el comportamiento de sus hijos, de esta manera la responsabilidad es puesta en el sujeto infantil. Algunos autores como María J. García (2006), afirman que la búsqueda afanada de un diagnóstico se justifica por una necesidad de calmar la culpa de los padres, saber que el problema no es causado por ellos los tranquiliza. A esto se anuda la tendencia actual por la medicación, saber lo que ocurre y sobretodo que existe un tratamiento farmacológico para ello es vivido como una solución inmediata y acertada; una vez más, los padres pueden estar tranquilos no solo porque que se ha identificado el problema, sino, porque existe una solución rápida. La cultura de la cura milagrosa juega un papel decisivo.

Cuando observamos el contexto en el que se desenvuelve un niño, el cual, posiblemente, se constituye en el marco cultural de lo productivo, lo inmediato, lo innovador, lo exigente, entre otros, en el cual el progreso tecnológico y la difusa función autoritaria de los adultos cumplen un rol importante; además de saber que el niño está construyendo la imagen de sí mismo a partir del discurso de sus cuidadores (los cuales evalúan su comportamiento con referencia a lo “normal” para ellos, no para la etapa evolutiva), nos cuestionamos sobre las verdaderas causas del TDAH ¿Estas causas pertenecen exclusivamente al orden biológico? Creemos más pertinente considerar la perspectiva psicosocial que atribuye a todos estos elementos un papel en la producción de ciertos comportamientos que se clasifican dentro del TDAH. Sin embargo, no se trata de negar los posibles elementos físicos que puedan explicar el punto en el desarrollo en el que se encuentra el infante, sino, de ampliar la mirada a unas implicaciones sociales que pueden explicar en gran medida el aumento y sobrediagnóstico del TDAH.

TDAH en el ámbito educativo

Las instituciones educativas constituyen un centro normativo para el niño, allí se establece la norma, los comportamientos esperables y, a partir de esto, lo normal. La pedagogía moderna ha tenido fuertes influencias de la psicología, es por esto que los comportamientos esperables se establecen con base en una visión psicológica del niño, de su desarrollo evolutivo, con un enfoque en los problemas de aprendizaje.

Si son estos centros educativos donde los niños permanecen la mayor parte del tiempo, los que establecen el comportamiento esperable o normal, y, los criterios para diagnosticar el TDAH según el DSM-V (2013) se constituyen a partir de la observación y reporte de comportamientos sintomáticos, es de esperar que los maestros cumplan un rol fundamental en la identificación y remisión de niños con TDAH. Esto significa que la *interpretación* que los adultos, entre ellos profesores, tengan de los comportamientos del



niño los convierta en portadores o no del trastorno, como consecuencia la voz del niño es silenciada “Según el relato de la psicopedagogía [...] no se promueven los espacios en el proceso de diagnóstico para acercarse a la subjetividad del sujeto infantil. Su persona y autonomía permanecen silenciados, aludiéndose a una razón orgánica que los hace (no concentrarse)” (Leavy, 2013, p. 681).

El ámbito escolar representa para el niño una segunda entrada (previamente se encuentra su entorno familiar) a la socialización con pares y su propia formación, sin embargo, el ambiente educativo responde a una problemática global: la equiparación de la infancia con el mundo exigente y productivo. Al infante se le exige que debe estar aproximadamente seis horas diarias en un aula de clase donde debe estar plenamente concentrado en las enseñanzas de su maestro y sumamente quieto y callado para mantener un ambiente de orden, adicional, debe pedir permiso constantemente para ir al baño, pararse de su silla, para opinar en clase etc. no olvidemos que se encuentra en un ambiente normativo. Ni siquiera los adultos logran cumplir cabalmente con esto. Pero esperamos que el niño si lo cumpla, cuando no responde con la conducta esperada, se le atribuye un problema; se dice que el problema está de lado del niño, sin importar o examinar primero las condiciones del sistema en el que éste se encuentra inmerso. Es una manera de negar el contexto.

Igualmente, se debe resaltar la relación asimétrica presente en el núcleo adulto-niño, más específicamente profesor-alumno, esto significa que ambas partes son influenciadas subjetivamente por los comportamientos y conductas del otro. Esto implica que la interpretación que el profesor haga de los comportamientos del estudiante pueden estar sujetas a emociones y afectos que el estudiante causa en él, su interpretación puede no ser tan objetiva como se desea. Sin embargo, los maestros cuentan con la ventaja de poder observar al estudiante en comparación con el grupo, con sus pares, lo que se convierte en una referencia más objetiva (Guadalix, 2015).



La preparación del profesorado en conocimientos acerca del perfil psicoeducativo del alumnado con TDAH resulta ser de gran importancia para la identificación de las necesidades específicas de quienes padecen este trastorno dentro de su aula de clase, como lo explican Martínez, Herrera & López (2014):

Los niños con trastorno de hiperactividad presentan una serie de dificultades que pueden agravarse y resultar angustiosas tanto para ellos como para sus familias si no son tratadas adecuadamente. Resulta, por tanto, necesaria una intervención temprana especializada que mejore los síntomas derivados de este trastorno. (p.7)

Un alumno con TDAH, generalmente refleja sus dificultades en el bajo rendimiento académico, que los profesores deben saber interpretar a través de conocimientos del perfil psicoeducativo del alumnado con este trastorno. De esta manera el docente puede diferenciar no sólo a los alumnos con comportamientos difíciles de los que padecen TDAH, sino que identifica de forma correcta las razones por las cuales no puede mejorar su rendimiento académico, como lo explica Posada (2016) en su texto, estos niños presentan dificultades organizativas y de planificación; problemas atencionales y alteraciones de funciones ejecutivas como la memoria y control inhibitorio.

No todos los profesores atribuyen al TDAH la causa de los comportamientos y bajo rendimiento de sus alumnos, algunos encuentran que la causa está en “una mala educación”. Pía Leavy (2013) nos indica en su texto “Trastorno o Mala Educación” que las conductas de irrespeto, desobediencia e incumplimiento de las reglas escolares, son concebidas por los maestros como incorrectas, relacionándolas con la falta de autoridad que ejercen los padres, de esta manera la causa no está dirigida a un trastorno, sino, a la formación en el hogar. Atribuir la causa de estos comportamientos a las pautas de crianza ofrece una alternativa para contrarrestar la medicalización del trastorno, debido a que nos remite a la relación parentofilial y a las identificaciones de dificultades en la crianza, lo que posibilita el uso de otro tipo de tratamientos como el cognitivo-conductual, los cuales han demostrado tener mucha eficacia en la intervención del TDAH.

Sugerencias Prácticas para abordar el TDAH

Una vez expuesto los factores psicosociales que producen los comportamientos asociados al TDAH, y su repercusión en el ámbito educativo, procedemos a plantear unas formas de abordar estos síntomas sin necesidad de recurrir a la medicación, tratamiento electo de la cultura occidental.

Partimos de un hecho simple, si los factores contextuales influyen en el comportamiento del infante, los cuales son considerados patológicos, y se ha tendido a silenciar al niño, lo lógico es empezar por darle voz al niño, escuchar sus motivos, qué cambios ha atravesado que considere como importantes, cómo se siente, qué le gusta hacer, cómo es la relación con sus cuidadores etc. Esta propuesta implica escuchar activamente el relato del niño, concientizarnos de su posible malestar, no acceder a los prejuicios que puedan ser impuestos por el relato de los adultos, sino, hacerse cargo del sufrimiento del niño, de su conflicto, de lo que no está bien para él. Asignarle un rol activo al infante en la evaluación nos permite evitar el apresurado diagnóstico que suele hacerse con los padres de familia o profesores, respecto a este niño. Esta sugerencia surge debido a que se ha olvidado lo fundamental que resulta dedicarle tiempo al niño y buscar con él la respuesta a esas conductas de inatención, inquietud e impulsividad, sin dejarse limitar por el discurso de los cuidadores o profesores (Guadalix, 2015).

Como se planteaba anteriormente, generalmente el TDAH no llega sólo con el bajo rendimiento académico o las dificultades específicas del aprendizaje, sino, que representa dificultades al paciente para desenvolverse en su ámbito social y familiar, lo que produce en muchas ocasiones, que quien padece este trastorno se vea enfrentado a sentimientos de baja autoestima o ineficacia. Esto conlleva a que la intervención farmacológica no sea suficiente para la mayoría de pacientes, puesto que sus necesidades van más allá de las fallas atencionales; se necesita, como lo expresa Valverde (2015), una clínica capaz de



encontrar al paciente en sus dificultades, brindando apoyo para tomar decisiones en conjunto, fortaleciendo la experiencia interpersonal entre el terapeuta y el paciente. Esto no quiere decir que el psicólogo encargado de la intervención deba dejar de centrarse en los aspectos técnicos de la terapia, por el contrario, debe utilizarlos para poder darle fundamentos epistemológicos a la evaluación de las necesidades de su paciente.

De forma más específica y en relación con lo mencionado anteriormente, la intervención debe estar encaminada no sólo a la evaluación de las necesidades del paciente que padece el trastorno, sino de la integración de su familia al procedimiento. Esto contribuye no sólo al fortalecimiento de las conductas a promover en la persona con TDAH, sino que implica la consolidación de una red de apoyo sólida, preparada para atender, en el caso de los padres, a un hijo en proceso de formación. Tanto la explicación del trastorno como el plan terapéutico a los padres o acudientes del menor que presenta déficit de atención, resultan sumamente importantes para la comprensión de la situación, de tal manera que las redes de apoyo del paciente tomen un papel activo dentro de la intervención y no representen un obstáculo para la mejoría del paciente. El tratamiento entonces, tras la integración de la familia al plan de intervención, debe contener unos elementos esenciales: “destrezas de trabajo, organización y planificación, manejo de emociones, autoestima, destrezas de interacción social, orientación y autoadiestramiento a los maestros, tanto para el niño como para su entorno familiar” (Molina & Vintimilla, 2015, p. 22).

La estrategia terapéutica, que con diferencia brinda mayores resultados positivos para la intervención del TDAH, es la intervención multimodal, la cual recoge diferentes enfoques terapéuticos que brindan al paciente estrategias para afrontar sus necesidades; esta se basa en el fortalecimiento del manejo del lenguaje interno a través de autoverbalizaciones, auto-instrucciones y auto-afirmaciones, como procedimientos que contribuyen a la toma de conciencia de los procesos mentales y comportamiento. Como lo exponen Molina & Vintimilla (2015), estas son herramientas esenciales para el manejo de las conductas de los niños y jóvenes con este trastorno, siendo esta población, la que mayor adherencia tiene a este tipo de intervención, puesto que poseen una mayor flexibilidad cognitiva. Las

intervenciones multimodales son una alternativa eficaz en contra del sobrediagnóstico y la medicalización del TDAH, pues no sólo buscan la integración de familia y docentes al proceso terapéutico, sino que brindan estrategias efectivas para la obtención de resultados a nivel de rendimiento académico y regulación de conductas.

Aunque la intervención terapéutica juega un papel fundamental para abordar el TDAH de manera efectiva y considerada con el paciente, no es la única estrategia de gran valor durante el abordaje de este trastorno. Es de suma importancia plantear estrategias que involucren de manera más directa a los educadores y a los padres, pues son estos los que presentan mayores dificultades en la detección temprana de estas conductas patológicas o incluso, se ven abrumados por niños que ya presentan un diagnóstico acertado de TDAH, pues no saben cómo proceder para generar espacios propicios para el mejoramiento de su condición. El método que se ha desarrollado para orientar a los padres y maestros de los pacientes con TDAH es el de dejarles claro que estos niños y jóvenes necesitan de unas reglas específicas que servirán a su red de apoyo como guía durante la intervención. Estas reglas deben cumplir con tres criterios fundamentales que son: ser estables (que el cumplimiento o incumplimiento de las reglas tenga siempre el mismo resultado), ser consistentes (que perduren en el tiempo), y ser explícitas (las reglas deben conocerse por todos los actores de la intervención, ya sean padres, hijos o maestros) (Molina & Vintimilla, 2015).

Como parte final de la propuesta para abordar el TDAH, es importante resaltar que el tratamiento farmacológico ha dado resultados en casos específicos y debe ser tenido en cuenta en toda expresión grave del trastorno. Las propuestas anteriores representan otras vías para evitar la medicalización de niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, sin embargo, son también de suma importancia dentro de procesos con niños que ya se encuentran medicalizados, pues la intervención multimodal no se enfoca sólo en los aspectos atencionales y de regulación de conductas, sino que evalúa los posibles conflictos o déficits del paciente a nivel social, familiar y emocional. Adicional,

la intervención multimodal puede proporcionar resultados más duraderos en el tiempo, contrario a la medicalización, cuyo efecto es más corto (Guadalix, 2015).

Conclusiones

Ante los comportamientos inadecuados de los niños, los padres y/o profesores consultan con los expertos en busca de una explicación, lo cual es adecuado. La responsabilidad del buen diagnóstico está en el profesional, este debe ser consciente de todos los aspectos que confluyen en el infante: su desarrollo, contexto, procesos psicológicos, educación, entorno familiar, capacidad simbólica, conflictos etc. A partir de esto, debe poseer la afinidad clínica para determinar las verdaderas causas de los comportamientos del niño y proceder adecuadamente en su tratamiento.

La evaluación no se reduce a chulear criterios de un listado, ni tampoco a aplicar test de medición para ubicar al sujeto en un lugar inamovible. La evaluación debe ser integral, debe permitir la participación tanto de los cuidadores como del infante e incluir los factores psicosociales que afectan al niño. Sólo la correcta identificación de las causas comportamentales puede indicarnos la intervención a seguir, podemos elegir entre responder a las demandas culturales de lo rápido y medicado, o podemos implementar vías más lentas, pero con menor repercusión en el sujeto infantil.

Tanto para la detección temprana del trastorno como para la adherencia y buen funcionamiento de la intervención multimodal con niños y jóvenes en proceso de educación, es de suma importancia que los maestros y padres de familia relacionados con el paciente tengan un conocimiento básico de las características de conducta y síntomas del TDAH, pues son ellos quienes tienen un primer contacto con las posibles necesidades del estudiante, pudiéndole brindar espacios propicios para que no se vean afectados en su desarrollo académico, emocional y social.

Recomendaciones

Con base en lo expuesto, donde el sobrediagnóstico de TDAH puede potenciarse por la omisión de los factores psicosociales que afectan al infante, se recomienda realizar estudios donde se compruebe, o no, la efectividad de los tratamientos que siguen este modelo integral, además, de que se siga indagando en la influencia de los componentes psicosociales en los comportamientos que son catalogados como patológicos en el infante.

Bibliografía

- Belli S., & López Raventós, C. (2008). Breve historia de los videojuegos. *Athenea Digital*, vol 1(14), p. 159-179.
- Cuadras, J. & Hinojoza, J. (2017). Pensamiento social de profesores sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Congreso nacional de investigación educativa*. Congreso llevado a cabo en San Luis Potosí.
- García Peñas, J. J., & Domínguez Carral, J. (2012). ¿Existe un sobrediagnóstico del trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH)? *Evid Pediatr.*, vol 8(51), p. 1-5.
- Guadalix, M. (2015). *El incremento del TDAH en la población infantil*. (Tesis de pregrado). Universidad Internacional de la Rioja, Madrid, España.
- Ibáñez Pinilla, M., González Reyes, R., Gutiérrez Talero, C., & Vélez Van Meerbeke, A. (2008). Prevalencia de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en estudiantes de escuelas de Bogotá, Colombia. *Acta Neurol Colomb*, vol 24(1), p. 6-12.



- Infac. (2013). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): ¿Infra o sobrediagnosticado? ¿Infra o sobremedicalizado? Una reflexión. *Información Farmacoterapéutica de la Comarca*, vol 21(5), p. 34-39.
- Korseniowsk, C. & Ison, M. (2008). Estrategias psicoeducativas para padres y docentes DE niños con TDAH. *Cunica psicológica*, vol 1(8), p. 65-71.
- Leavy, P. (2013). “¿Trastorno o mala educación?” Reflexiones desde la antropología de la niñez sobre un caso de TDAH en el ámbito escolar. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, vol 11(2), p. 675-688.
- Martínez, M., Herrera, E., & López, J. (2014). *Conocimientos y lagunas de los docentes sobre el TDAH: la importancia de la formación*. En: J. Navarro, M.D. Gracia, R. Lineroso y F.J. Soto (Coords.), *Claves para una educación diversa*. Murcia: Consejería de Educación, Cultura y Universidades.
- Molina, J., & Vintimilla, M. (2015). *Estrategias terapéuticas para padres de niños de 6 a 10 años con diagnóstico de TDAH* (Tesis de pregrado, psicólogo clínico), Universidad del Azuay, Cuenca-Ecuador.
- Pauloni, S., M. & Florencia Codini, M. (2013). Televisión, historia y política. *Revista tram[p]as de la comunicación y la cultura*, vol 1(77), p. 35-43.
- Posada, C., & Ramírez, M. (2016). *Sobrediagnóstico del TDAH: propuesta enfermera* (Tesis de maestría en Investigación y Cuidados de Enfermería en Poblaciones Vulnerables). Universidad autónoma de Madrid, Madrid.
- Rivas, C. (2014). *Estudio sobre los factores psicosociales y estacionales del déficit de atención e hiperactividad y su posible sobrediagnóstico* (Tesis doctoral). Universidad de Valencia, Valencia.



Trigo Aranda, V. (2004). Historia y evolución de internet. *Manual formativo de ACTA*, vol 1(33), p. 22-32.

Valverde, M. (2014), *El arte de hacer visible lo invisible: el marketing en el TDAH*. Norte de salud mental, vol 8(52), p. 11-26.