



**Universidad**  
Zaragoza

# Trabajo Fin de Grado

## Trabajo Social

Capitalismo y salud mental: los procesos de medicalización y medicamentación en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en la infancia

Capitalism and mental health: medicalization and medicinalization process in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in childhood

Autora

**LAURA PÉREZ MORATA**

Director

**DAVID HERESA MODREGO**

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo

2024

## Contenido

RESUMEN .....	3
ABSTRACT .....	3
INTRODUCCIÓN .....	5
1. MARCO TEÓRICO.....	6
1.1. Capitalismo y salud mental .....	6
1.2. Los procesos de medicalización y medicamentación en la salud mental.....	7
1.3. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).....	9
1.3.1. Descripción .....	10
1.3.2. Etiología y diagnóstico.....	11
1.3.3. Tratamiento.....	12
2. MEDICALIZACIÓN Y MEDICAMENTACIÓN EN EL TDAH .....	13
2.1. El diagnóstico .....	13
2.2. El tratamiento .....	15
2.3. Consecuencias sociales .....	17
3. CASOS PRÁCTICOS.....	18
3.1. Caso 1 .....	18
3.2. Caso 2 .....	18
3.3. Caso 3 .....	19
3.4. Caso 4 .....	19
4. ANÁLISIS DE LOS CASOS .....	20
5. PROPUESTA ALTERNATIVA.....	22
6. CONCLUSIONES .....	25
Bibliografía .....	27

## RESUMEN

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo cuyas características principales son la inatención, la hiperactividad y la impulsividad. La prevalencia de este trastorno se estima que es del 5% en la infancia a nivel mundial y el principal método de tratamiento es la medicación. Debido a esto se estudia su medicalización y medicamentación en relación con el sistema capitalista actual.

Por un lado, la medicalización es el proceso por el que situaciones que siempre se han aceptado bajo los parámetros de la normalidad se convierten en patologías que deben ser tratadas desde la medicina. Por otro lado, la medicamentación es el proceso por el que los medicamentos se convierten en la primera opción de tratamiento para estas patologías.

En este contexto, diferentes estudios argumentan que el sistema capitalista actual provoca situaciones que pueden favorecer el desarrollo de trastornos mentales, reconociéndolos así, como patologías sociales y no individuales. En consecuencia, en este trabajo se estudia el TDAH como posible patología social.

En línea con todo lo anterior, este Trabajo de Fin de Grado busca encontrar una relación entre el sistema capitalista, el aumento de casos de TDAH en la infancia y el uso de medicamentos como método de tratamiento para este trastorno. Para ello, se plantean cuatro casos reales de este trastorno con el fin de ejemplificar dicha relación.

Por último, se plantea una propuesta alternativa de prevención (cursos de crianza) y otra de tratamiento (Terapia Familiar Sistémica) cuyas finalidades sean prevenir la medicalización y medicamentación del TDAH.

**Palabras clave:** Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, capitalismo, salud mental, patología social, medicalización, medicamentación, propuesta alternativa.

## ABSTRACT

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a neurodevelopmental disorder whose main characteristics are inattention, hyperactivity and impulsivity. The prevalence of this disorder is estimated to be 5% in childhood worldwide and the main method of treatment is medication. Due to this, its medicalization and medicinalization is studied in relation to the current capitalist system.

On the one hand, medicalization is the process by which situations that have always been accepted under the parameters of normality become pathologies that must be treated

through medicine. On the other hand, medicationization is the process by which medications become the first treatment option for these pathologies.

In this context, different studies argue that the current capitalist system causes situations that can favor the development of mental disorders, thus recognizing them as social and not individual pathologies. Consequently, in this work ADHD is studied as a possible social pathology.

In line with all of the above, this Final Degree Project seeks to find a relationship between the capitalist system, the increase in cases of ADHD in childhood and the use of medications as a treatment method for this disorder. To this end, four real cases of this disorder are presented in order to exemplify this relationship.

Finally, an alternative proposal for prevention (parenting courses) and another for treatment (Systemic Family Therapy) is proposed whose purposes are to prevent the medicalization and medicationization of ADHD.

**Key words:** Attention Deficit Hyperactivity Disorder, capitalist system, mental health, social pathology, medicalization, medicationization, alternative proposal.

## INTRODUCCIÓN

Distinguir lo sano de lo patológico en lo que refiere a salud mental puede llegar a ser complicado. Ante el aumento de personas afectadas por un trastorno o enfermedad mental, numerosos autores han estudiado la posibilidad de que el desarrollo de estos trastornos tenga una base social, convirtiéndose así en una patología social.

El objetivo de este trabajo es investigar la posible relación existente entre este aumento de casos y el sistema capitalista actual. Dada la amplitud de los trastornos mentales, el trabajo se centra en el caso concreto del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), ya que tiene gran prevalencia en la infancia.

Por un lado, el TDAH es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por presentar una alteración en las áreas de distraibilidad, hiperactividad e impulsividad (Vaquerizo-Madrid & Cáceres Marzal, 2006). Por otro lado, el capitalismo es un sistema económico y social cimentado sobre las bases de la rentabilidad económica y la propiedad privada. Algunas de las características de este sistema son la liquidez, la aceleración social y el individualismo. Por ello, en este trabajo se estudia a través de los procesos de medicalización y medicamentación, la relación entre estos factores con la concepción y tratamiento del TDAH.

En esta línea, la medicalización supone transformar en trastorno o enfermedad mental características y conductas que anteriormente no se habían concebido como tal. En el caso del TDAH, se estudia esta medicalización durante el proceso diagnóstico. Por otra parte, la medicamentación es el proceso por el que los medicamentos se convierten en la primera opción como método de tratamiento. En consiguiente, a lo largo de este trabajo se investiga cómo se dan ambos procesos, medicalización y medicamentación, en el TDAH dentro de las sociedades capitalistas actuales. Del mismo modo, se cuestiona si podría tratarse de una herramienta de control social que comienza en la infancia y/o si se trata de un método para aumentar el beneficio económico de las empresas farmacéuticas.

Además de la revisión teórica de lo descrito anteriormente, se exponen cuatro casos reales con la finalidad de ejemplificar esta relación. A continuación, se plantea una propuesta alternativa de prevención y tratamiento en el marco del contexto actual, cuyo objetivo sería frenar los procesos de medicalización y medicamentación en este trastorno.

Por último, señalar que la elección de este tema de investigación ha sido propiciada por la preocupación ante el creciente número de niños y niñas diagnosticados con TDAH, a los que se ha recetado un psicofármaco en la etapa del ciclo vital en la que se construye el ser y la persona.

## 1. MARCO TEÓRICO

En el presente apartado se va a realizar una contextualización teórica en torno a la que girará el trabajo. Para ello, se aborda la posible relación existente entre el sistema capitalista y la salud mental, el proceso de medicalización de la salud mental y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).

### 1.1. Capitalismo y salud mental

El modelo capitalista actual deviene de un largo periodo de desarrollo e innovación tecnológica. La modernidad tardía es el nombre que han utilizado algunos autores para referirse a la etapa actual, una sociedad enmarcada en un contexto capitalista, caracterizado por la globalización, la pérdida de identidad y del sentimiento de pertenencia, así como el desarrollo de nuevos modos de relación y comunicación (Atalaya Cultural, 2023). El sociólogo Bauman teorizó que, en la modernidad tardía, las sociedades son líquidas. Estas son sociedades en las que nada es para siempre, sociedades en continuo cambio y con numerosas oportunidades que se traducen en una prevención a que las cosas se queden fijas. Sociedades sin vínculos permanentes, imprevisibles y en continuo movimiento (Bauman, 2003). Esta liquidez supone que la concepción de las cosas carezca de nitidez, lo que en el ámbito de la salud mental ha derivado en que algunos autores afirmen que la línea que separa lo sano de lo patológico sea difusa (Achotegui, 2017). Con todo ello, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) define el trastorno o patología mental como “un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). A pesar de que, desde la APA en esta definición, los trastornos mentales se consideren de origen individual, el aumento de personas afectadas por una patología mental, ha derivado en la consideración de los mismos como una “patología social”. Se entiende por patología social la elaboración de un diagnóstico sobre la sociedad moderna que ocasiona alguna forma de sufrimiento entre sus miembros (Ortega-Esquembre, 2023). Esto supone entender las enfermedades mentales más allá de la individualidad, es decir, comprender que su desarrollo, además de a factores individuales, también puede responder a las lógicas sociales (Martínez C. N., 2012).

Hay varios factores propios de la modernidad tardía que han influido en este proceso de patologización social. El primero de ellos es la aceleración social, es decir, un patrón sistemático por el que se acelera el ritmo de las acciones cotidianas (Rosa, 2010). Propio de una sociedad líquida, la aceleración social supone un continuo cambio y continuas oportunidades, permitiendo vivir una multiplicidad de vidas en una, pero dando lugar a un sentimiento

constante de que se acaba el tiempo (Rosa, 2010). En una sociedad líquida donde se busca que nada sea fijo, del malestar prolongado surge el trastorno.

Otro de los factores es el individualismo. La sociedad actual marcada, según Durkheim, por una solidaridad orgánica, desemboca en una sociedad carente de cohesión social, primando la autonomía individual (Durkheim, 1893). Según este autor, la interconectividad entre los miembros de una sociedad y el sentimiento de integración en el grupo social influyen en el bienestar individual (Durkheim, 1897). Por ello, en una sociedad donde los lazos sociales son débiles el malestar aumenta. El sentimiento de soledad, presente en las sociedades líquidas por la ausencia de vínculos permanentes, conlleva consecuencias en la salud tanto física como psíquica (Medina, 2017).

En definitiva, si bien podría pensarse que las enfermedades mentales responden únicamente a causas individuales y orgánicas, estos factores derivan en el planteamiento de si, además, también responden a factores sociales (San José & Pérez, 2014). Por ello, a pesar de que las enfermedades mentales hayan existido a lo largo de la historia, es en el marco del capitalismo en la modernidad tardía y debido a su impacto en gran número de individuos, que se comienza a hablar de ellas como una patología social, donde el contexto social se entiende influyente en su desarrollo y en su abordaje.

## 1.2. Los procesos de medicalización y medicamentación en la salud mental

Son muchos los autores que recogen la idea de que, desde el S. XVII, el cuerpo humano está sujeta a una red de medicalización. Se entiende por medicalización al proceso por el que situaciones que siempre se han concebido como “normales”, se convierten en patologías a tratar desde la medicina, aunque no respondan a cuestiones médicas (Orueta, 2011). Esto supone que la salud, además de la búsqueda de bienestar tanto individual como social, también conlleve un ejercicio de autoridad sobre la conducta y los cuerpos de los individuos al definir como patológicas características o comportamientos individuales de las personas (Foucault, 1976). A lo largo de la historia, las personas que no encajaban en la sociedad han sido perseguidas bajo la etiqueta de “herejes”, “locos” o “enfermos mentales”. Desde las cazas de brujas en la Edad Media (Cernuda, 2015), al Gran Encierro en la Edad Moderna (Foucault, 1964), hasta la prescripción de psicofármacos en el contexto actual, respondiendo cada una al contexto en el que se encontraban. Las cazas de brujas surgieron en un contexto donde prevalecía la Iglesia y los trastornos mentales eran fruto de una posesión demoníaca (Goffman, 1961). El Gran Encierro surgió en un contexto de desarrollo industrial, en el que se buscaba integrar a todas las personas bajo el paraguas de la productividad y adaptación social con el fin de preservar el orden público (Foucault, 1964). Durante este periodo emergía el psicoanálisis, de manera que tanto

quienes padecían un trastorno mental, como quienes no se adecuaban a las normas sociales eran hospitalizados bajo el diagnóstico de “enfermos mentales” con el fin de facilitar el tratamiento. Siendo esto así, podría argumentarse que históricamente la medicina ha sido instrumentalizada para regular aquellas conductas que no se ajustaban a la estructura social. Es por esta razón que autores como Foucault desarrollan la idea de que la salud mental está siendo medicalizada, concibiéndose como patológicas características o conductas sobre las que se pretendería ejercer control social (Foucault, 1964).

Hay diferentes agentes que influyen en este proceso de medicalización de la salud mental, que han contribuido a objetivizar la salud y a transformarla en un bien de consumo. Estos agentes son: (1) el manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM), donde se establecen los criterios diagnósticos; (2) los profesionales de psiquiatría y psicología, que tienen la función diagnóstica; y (3) la medicamentación, proceso en el que los medicamentos se convierten en la primera opción de tratamiento (Faraone, Barcala, Bianchi, & Torricelli, 2009), estableciendo una forma de generar beneficio económico.

Comenzando con el manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría, el vigente es el DSM-5, que acumula versiones desde 1952, año en que la primera versión fue publicada. Este manual fue realizado con el objetivo de crear un lenguaje común a todos los profesionales que ejercen la práctica clínica del área de psiquiatría y psicología, con el fin de unificar nomenclaturas, categorías diagnósticas y criterios diagnósticos (Zabaleta, 2019). No obstante, con cada edición ha aumentado el número de posibilidades diagnósticas, mientras en 1952 se recogían 106 trastornos mentales, en la actualidad son más de 300 (Echeburúa, Salaberría, & Cruz-Sáez, 2014). Este aumento de posibilidades de diagnóstico respondería al proceso de patologización de la vida cotidiana, donde la distinción de la salud y enfermedad es un limbo difuso. Como resultado de este proceso, el malestar emocional y sufrimiento quedaría transformado en una enfermedad mental (Achotegui, 2017). Así que, si bien podría pensarse que la medicina es una ciencia de la salud exenta de las normas sociales, en relación a la salud mental y remontándonos al pasado, podemos ver que quizás sí lo haya estado y permanezca así. La homosexualidad fue recogida como trastorno mental en el DSM hasta 1973 (Leiva, 2021), o la histeria hasta 1952 (Martínez C. , 2022). Ambos son ejemplos de cómo se reconoció como enfermedad, desde la ciencia, conductas disidentes a la ideología imperante en la sociedad del momento. Por lo que esto podría seguir sucediendo en la actualidad.

No obstante, el DSM-5 por sí mismo no diagnostica, para ello son necesarios los profesionales de la medicina, en este caso psiquiatras, así como psicólogos clínicos, quienes, aplicando el manual, generan un diagnóstico sobre el que realizar el tratamiento al paciente.

Para este tratamiento, los profesionales, cuentan con diferentes métodos de intervención en el área de salud mental, sin embargo, hay uno que prima sobre el resto y que está en ascenso desde finales del S. XX, los medicamentos. El uso tan elevado de medicamentos y su prioridad a la hora de elegirlo como método de tratamiento ha desembocado en la medicamentación. Se conoce como medicamentación al proceso por el que los medicamentos se convierten en la primera opción de tratamiento (Faraone, Barcala, Bianchi, & Torricelli, 2009). Es el aumento de medicamentos existentes así como de su prescripción, lo que lleva a algunos autores a afirmar que la salud mental está sufriendo este proceso (Szasz, 1994). Este proceso responde a la aceleración social existente en el sistema capitalista (Rosa, 2010). La prescripción de medicamentos como forma de tratamiento supone el abordaje de manera más rápida, posibilitando la atención a un mayor número de pacientes. Paralelamente, el proceso de medicamentación también responde a una sociedad individualista. En un contexto donde prevalece el individualismo, el individuo posee la autonomía en la toma de decisiones y en la consecución de sus objetivos e intereses, recayendo sobre él la responsabilidad de éxito y también de fracaso (Caamaño & Rodríguez Caamaño, 1998). En el ámbito de la salud mental, recae sobre el individuo el desarrollo de los trastornos mentales (Calleja, 2022), por lo que su curación y tratamiento es responsabilidad propia. Por ello, la creciente prescripción de medicamentos, ya que, además de ser la intervención más rápida, es la alternativa que mayor sensación de control ofrece al individuo (Gedar, 2022).

Pero, si a algo responde la medicamentación, es a la búsqueda del beneficio económico. La industria farmacéutica es, junto con el narcotráfico y la industria armamentística, la más rentable del planeta (Libano, 2016). Por ello, en un sistema basado sobre las bases de la rentabilidad económica y la propiedad privada, prima el beneficio de las empresas (Arribas, 2023). El malestar se estaría convirtiendo en una fuente de negocio, y el mercado buscaría productos que lo alivien (Achotegui, 2017), convirtiendo los medicamentos en productos sujetos a dinámicas de consumo, no quedando exentos de estrategias de marketing (Faraone, Barcala, Bianchi, & Torricelli, 2009).

En definitiva, el proceso de medicalización de la salud mental entendiéndose, desde la perspectiva de Foucault como una herramienta de control social (Foucault, 1976), se apoya en el DSM-5, en los profesionales de esta área, así como en el proceso de medicamentación para ejercer esta labor.

### 1.3. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

En el siguiente apartado se va a realizar una introducción a lo que es el TDAH, cuál es su origen, cómo es el proceso de diagnóstico y, por último, cuáles son las posibilidades de abordaje y tratamiento.

### 1.3.1. Descripción

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es “un trastorno caracterizado por alteraciones de la atención, inquietud psicomotriz y problemas de control de impulsos, formando el conjunto de síntomas de la triada distraibilidad, hiperactividad e impulsividad” (Vaquerizo-Madrid & Cáceres Marzal, 2006). Se distinguen tres tipos de TDAH<sup>1</sup>: (1) TDAH con predominio inatento (TDAH-I), (2) TDAH con predominio hiperactividad e impulsividad (TDAH-H-I) y (3) TDAH de tipo combinado (TDAH-C), donde aparece sintomatología referida a inatención, hiperactividad e impulsividad (Soler & Romero Medina, 2013).

Según el DSM-5 los síntomas deben aparecer antes de los 12 años<sup>2</sup>. En la infancia, hay que mostrar al menos 6 síntomas de los referidos a inatención y/o 6 síntomas de los referidos a la hiperactividad e impulsividad durante 6 meses para poseer el diagnóstico; a partir de los 17 años basta con presentar 5 de los síntomas. Asimismo, se recoge la especificación del grado de gravedad del trastorno, siendo: “leve, cuando se poseen la sintomatología mínima para el diagnóstico; moderado, síntomas presentes entre “leve” y “grave”; y grave, presenta muchos síntomas además de los mínimos para el diagnóstico, siendo estos además particularmente graves e interfiriendo negativamente en el funcionamiento social o laboral” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013)

Los síntomas planteados en el DSM-5 son los siguientes:

Tabla 1. Síntomas del TDAH según el DSM-5

INATENCIÓN	HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD
Con frecuencia falla al prestar la debida atención a determinados detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades	Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento
Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas	Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado
Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente	Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado (en adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto)

<sup>1</sup> Esta distinción dentro del TDAH aparece en el DSM-4 por primera vez, anteriormente se distinguía el TDAH y el TDA (en casos donde sólo aparecía sintomatología referida a la inatención).

<sup>2</sup> En las ediciones anteriores, los síntomas debían aparecer antes de los 7 años.

INATENCIÓN	HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD
Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales	Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas
Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades	Con frecuencia está “ocupado” actuando como si “lo impulsara un motor”
Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieran un esfuerzo mental sostenido	Con frecuencia habla excesivamente
Con frecuencia pierde cosas necesarias para las tareas o actividades	Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido la pregunta
Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos	Con frecuencia le es difícil esperar su turno
Con frecuencia olvida las actividades cotidianas	Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros

*Fuente: Información recogida del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, Asociación Americana de Psiquiatría; 2013*

### 1.3.2. Etiología y diagnóstico

No hay una única causa que origine el TDAH, sino que su etiología es multifactorial. El factor orgánico se remonta a una afección en la corteza prefrontal del cerebro, área encargada de las funciones ejecutivas como la atención, planificación y control de impulsos. Otros de los factores son la predisposición genética, así como factores de riesgo donde están involucrados los factores sociales: estrés en la familia, actitudes educativas inadecuadas, nivel socioeconómico, procesos de duelo, entre otras (Soler & Romero Medina, 2013). Otros factores de riesgo son los factores ambientales, como la exposición al plomo; factores de alimentación, como el consumo de colorante alimenticio; o factores de obstetricia, como el consumo de alcohol y tabaco durante el embarazo, parto prematuro o bajo peso al nacer (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades).

A la hora de realizar el diagnóstico, no existe una prueba específica para ello, y los test de laboratorio que evalúan la atención y reflexividad-impulsividad quedan en uso para la investigación más que para la práctica clínica (Maciá Antón, 2012). De esta manera el diagnóstico queda, principalmente, en manos de una valoración clínica, donde interviene la experiencia de los adultos de referencia a la hora de ejercer la crianza del niño, esto es, una valoración clínica en base a los síntomas narrados (Domínguez Carral & García Peñas, 2012).

### 1.3.3. Tratamiento

Hay tres principales métodos de tratamiento para el TDAH: el tratamiento farmacológico, el tratamiento psicológico y la intervención comunitaria.

El tratamiento farmacológico resulta efectivo entre el 70 y 80% de los casos; y se distinguen dos grandes tipos: los fármacos psicoestimulantes y los no estimulantes. Los primeros serían los genéricos *Metilfenidato* y *Dextroanfetamina*. Estos disminuyen la hiperactividad y permiten focalizar y mantener la atención, además de incidir positivamente en las relaciones interpersonales, puesto que las conductas desadaptativas se reducen (Soler & Romero Medina, 2013). Por el contrario, los psicofármacos no estimulantes, con nombre genérico *Atomoxetina*, mejoran la capacidad de concentración y reducen las conductas desadaptativas, además de disminuir la ansiedad e irritabilidad. No obstante, son los fármacos psicoestimulantes los que se recetan con mayor frecuencia, ya que su estudio está más fundamentado (Maciá Antón, 2012).

En cuanto al tratamiento psicológico, el modelo utilizado es la terapia cognitivo-conductual, orientada a la modificación de la conducta y a dotar de herramientas para la resolución de problemas y gestión de emociones, entre otras. Este tratamiento es individualizado, por lo que se adapta a los objetivos, necesidades y dificultades que presenta el individuo (Maciá Antón, 2012).

Por último, la intervención comunitaria tiene efectos positivos en el tratamiento de los trastornos mentales, incluyendo el TDAH. La intervención comunitaria supone el abordaje psicológico individual, así como un abordaje en todos los ámbitos en los que está presente el individuo (la familia, el grupo de iguales, las actividades de ocio y tiempo libre y el ámbito educativo). Esto permite abordar el tratamiento de manera colectiva, fortaleciendo las capacidades del individuo y de quienes intervienen, promoviendo el empoderamiento, la inclusión social y mejorando las condiciones de vida (Lasheras Ruiz, Gimeno Monterde, & Andueza Imirizaldu, 2019). Este tipo de intervención, queda en mano de las entidades privadas (asociaciones y fundaciones principalmente) que están especializadas en TDAH, en este caso. No obstante, desde el ámbito educativo con la *Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOMLOE)*; se sientan las bases para la respuesta inclusiva para el Alumnado Con Necesidades Específicas de Apoyo Educativo (ACNEAE) entre los que se encuentran los niños y niñas con TDAH. En Aragón, esto se recoge en el *Decreto 164/2022, de 16 de noviembre*. Esta legislación junto a la *Orden 9132023, de 11 de julio*, permite adaptaciones al alumnado que las requiera, siendo una forma de acción comunitaria desde el marco legal educativo.

## 2. MEDICALIZACIÓN Y MEDICAMENTALIZACIÓN EN EL TDAH

El TDAH es uno de los trastornos más estudiados como sujeto del proceso de medicalización, por su gran prevalencia en la infancia. Se estima que es, en casi todas las culturas del mundo, de alrededor de un 5% en la infancia, y un 2,5% en la edad adulta (Fundación CADAH). En España, el porcentaje en la infancia oscila entre el 3-7% (Mas-Bagá, 2023). Esta gran prevalencia nos lleva a preguntarnos si se está ante una infancia patologizada o si, por el contrario, se está patologizando la infancia. Es decir, si nos encontramos ante una infancia con una alta tasa de trastornos y/o enfermedades mentales o si, por el contrario, se están patologizando a través de estos trastornos conductas propias de la infancia. Asimismo, también es un trastorno estudiado por el posible proceso de medicamentación existente en él, ya que la prescripción de psicofármacos es la opción de tratamiento más frecuente, llegando a estar más de 250.000 menores, en España en 2018, sujetos a tratamiento psicoestimulante (Asociación de Afectados de Neurofibromatosis, 2018).

Hay tres puntos principales a través de los cuales se entendería el porqué de concebir el TDAH como un trastorno medicalizado y medicamentado: el diagnóstico, el tratamiento y las consecuencias sociales.

### 2.1. El diagnóstico

Para poder realizar el diagnóstico es necesario que exista un proceso previo de identificación de síntomas. Uno de los principales contextos en los que esto sucede es el ámbito educativo. Las infancias se construyen y cambian acorde al contexto adaptándose al mismo, pero el sistema educativo no ha sufrido una transformación acorde, pudiendo quedar desfasado y opuesto a las necesidades de este alumnado (López Castilla, 2015). Este desfase podría ejemplificarse con la cantidad de horas diarias que pasan los niños y niñas sentados en una silla mientras reciben una clase tras otra. En contraposición a esto, diferentes estudios manifiestan la importancia de mantenerse en movimiento para mejorar el desarrollo cognitivo, convirtiéndose en una necesidad subyacente a estas edades (Bideault, 2021). Es aquí donde aparece un desequilibrio. Durante el periodo escolar, los niños y niñas pasan gran parte de su tiempo en un contexto en el que se les exige quedarse quietos y el comportamiento que se sale de esta línea es percibido como una condición patológica. Es entonces cuando la educación, entendida como un medio de reproducción de la estructura social, alerta de que estos niños y niñas no actúan conforme a lo esperado y óptimo para el sistema: se muestran inquietos, presentan dificultades de aprendizaje, dificultad para seguir normas, menor autocontrol y se percibe como alumnado que no presta atención. Además, en la detección del TDAH, aparece un sesgo de género, pues por cada 4 niños diagnosticados, se diagnostica 1 niña. Esto es así porque

el TDAH-I que puede pasar desapercibido es más frecuente en niñas, siendo más compleja su detección que el TDAH-HI y el TDAH-C (Mas-Bagá, 2023).

En esta línea, muchos diagnósticos de TDAH no llegan o tardan en llegar porque los síntomas son en relación a la inatención, esto es, la conducta no incomoda, por lo que se pasa por alto. Este hecho concuerda con la percepción de Adorno del sistema educativo. Este autor argumenta que la educación influye en la creación de “personalidades autoritarias”, es decir, personas que muestren sumisión a la autoridad, conformidad social y rigidez moral, creándose una actitud hostil a quienes son percibidos como “desviados” (Adorno, Frenkel-Brunswik, Levinson, & Stanford, 1950). Es por ello que, quienes no responden adecuadamente a las exigencias en la estructura educativa, se derivan a una evaluación psicológica, entendiéndose que algo “no funciona” o se sale de la norma.

Llegados a este punto aparece el proceso diagnóstico. No existe una prueba específica para identificar el TDAH, por lo que su diagnóstico está basado en una valoración clínica en base a unos síntomas narrados (Domínguez Carral & García Peñas, 2012). Para esta valoración, se tienen en cuenta los relatos de los adultos de referencia para el niño/a, como son los progenitores, cuidadores y/o el profesorado. Siendo esto así, ¿puede existir objetividad en el proceso diagnóstico? Sabiendo, además, que los niños/as utilizan la conducta como forma de comunicación... ¿se podrían estar diagnosticando como trastorno distintas formas de sufrimiento infantil? (Carlevaro Gaínza, 2022).

La sintomatología por la que se comienza un proceso de valoración tiende a ser de carácter conductual, como se recoge en el manual diagnóstico DSM-5 (Tabla 1. Síntomas del TDAH según el DSM-5). Sin embargo, muchos de estos síntomas se encuentran entre las conductas más comunes en las infancias y adolescencias actuales, conductas observables en todos los niños/as en determinadas etapas vitales. Al no existir paralelamente una contextualización de la infancia, de los patrones evolutivos y conductuales esperados para cada etapa, se hace posible el diagnóstico de este trastorno del neurodesarrollo para conductas normativas en una edad concreta (Carlevaro Gaínza, 2022). El DSM-5 determina qué es normal y qué no según los síntomas que presenta el paciente, pero sin enmarcarlos en un contexto, por lo que muchos diagnósticos solo obedecen a estados de ánimo o comportamientos normales en un determinado contexto (Luna, 2023). En suma, los niños y niñas están creciendo en una era tecnológica, donde el uso de las tecnologías forma parte del día a día a diferencia de épocas anteriores. Investigaciones muestran cómo un uso excesivo o prematuro de estas tecnologías tiene impactos negativos en el desarrollo cognitivo, ya que afecta a las áreas destinadas a la atención, planificación y control de impulsos (Cardona-Espinosa, Galván-Marroquín, & Blanco-Lombana, 2023). Otra característica propia de las infancias y adolescencias actuales son las

conductas sedentarias, alejándose de los beneficios que provoca la práctica de actividad física en las áreas de atención y función ejecutiva del cerebro (Rosa Guillamón, García Canto, & Martínez García, 2021). Por ello, la sedentarización de la infancia podría desencadenar en un menor nivel atencional de forma generalizada. Así que, quizás, se siguen manteniendo como patológicas características o conductas que están abarcando la normalidad en las infancias y adolescencias del contexto actual.

En cuanto a la manifestación de los síntomas del TDAH, se ha producido una modificación en su edad de aparición. En un inicio, se consideraban aquellos síntomas que aparecían hasta los 7 años. En la actualidad, se tienen en cuenta aquellos síntomas que aparecen hasta los 12 años. Esta amplitud de rango se ha realizado sin una explicación fundamentada, llevando al planteamiento de si esta amplitud responde a la búsqueda de un mayor número de diagnósticos. A su vez, el hecho de que a partir de los 17 años se requiera una menor sintomatología para la obtención del diagnóstico, sugiere que, conforme pasan los años, los síntomas disminuyen por sí solos, ¿por qué entonces se intenta eliminar estos síntomas a toda costa con farmacología si estos síntomas en sí mismos no suponen un riesgo para la integridad del niño/a? Se podría entonces cuestionar si las conductas son síntomas que afectan directamente al niño/a o al adulto que ejerce la responsabilidad sobre él.

Por último, señalar la falta de precisión existente en los síntomas dentro del manual DSM-5. El uso de “con frecuencia” como medida diagnóstica no deja de estar sujeto a los ojos que miran, es decir, a la subjetividad de quien ejerce la responsabilidad de evaluar al individuo.

Son estas cuestiones en torno al diagnóstico las que llevan a muchos autores a plantear la existencia de un sobrediagnóstico del TDAH en aquellos niños/as que presentan mayor necesidad de movimiento e inquietud (Guerrero, 2024). En consecuencia, es el ámbito educativo el que principalmente alerta de aquel alumnado que muestra conductas disruptivas, que no funciona de acuerdo a las normas sociales establecidas y que, tras una valoración clínica, la medicina cataloga como “trastornados” que necesitan re-orientación.

## 2.2. El tratamiento

En esta re-orientación entra en juego el abordaje de este trastorno, es decir, las formas de tratamiento. El tratamiento es el segundo de los puntos que lleva a concebir el TDAH como un trastorno sujeto al proceso de medicamentación. Existen tres grandes formas de abordarlo: la terapia cognitivo-conductual, la intervención comunitaria y la medicación.

La terapia cognitivo-conductual, beneficiosa como método de tratamiento, apenas tiene espacio en la red pública, ya que es de difícil acceso por la existencia de largas listas de espera; las citas son poco continuas y la duración de las sesiones es reducida fruto de la poca inversión pública en esta área (Fundación Patología Dual, 2021). Esto convierte la terapia psicológica

individualizada y de calidad en un privilegio para quien pueda costearlo desde el ámbito privado (Fundación Patología Dual, 2021).

Lo mismo sucede con la intervención comunitaria. Este tipo de intervención no existe desde la red pública, por lo que supone un acceso restringido únicamente a quien pueda acceder a ella desde las entidades privadas. Esto responde a una sociedad individualista, donde la acción social y comunitaria no tiene espacio desde las instituciones públicas y queda en manos de la organización de la sociedad civil.

Por ello la principal y generalmente única forma de tratamiento es la prescripción de un medicamento. Esta es la forma más rápida y supone un ahorro de gasto público ya que se reduce el personal sanitario necesario. Sin embargo, a pesar de que la medicación palia los síntomas de este trastorno, no ahonda en la problemática que puede subyacer a una conducta disruptiva. Gran parte de los diagnósticos de TDAH provienen de niños inquietos cuya inquietud responde a cambios, dificultades, sufrimiento o estrés. La medicación permitirá que el niño deje de estar inquieto, pero no que deje de transitar la inquietud. Es decir, la manifestación de los síntomas se transformará, pero seguirá existiendo porque el problema que lleva a la inquietud del niño no se aborda, solamente se aborda la conducta. Este proceso de medicamentación responde a los intereses del mercado capitalista, ya que supone un gran beneficio económico que, paralelamente y como hemos visto, reduce el gasto de personal, reduciendo la inversión pública en esta área (Bedoya-Hernández, de Francisco, & Mesa Osorio, 2021). Tratar con medicación supone una respuesta rápida, cómoda para progenitores y profesionales que trabajan con el individuo, sin embargo, esto no supone un trabajo terapéutico para el niño/a y las dificultades persistirían si se retirase la medicación (Guerrero, 2021). Además, los psicofármacos, sean estimulantes o no estimulantes, tienen efectos secundarios, siendo los más comunes la cefalea, el dolor abdominal, la pérdida de apetito, el insomnio, el desencadenamiento o aumento de TICS y el efecto rebote, entre otros. Si bien no son efectos secundarios de mucha gravedad, pueden suponer molestia (Fundación CADAH). En el caso de los psicofármacos estimulantes, como son el Metilfenidato y la Dextroanfetamina, se conocen efectos secundarios que, a pesar de ser poco frecuentes, hay que tener en cuenta, como son los síntomas psicóticos o el riesgo de padecer drogodependencia si no se toma la dosis adecuada (Asociación Española de Pediatría, 2020). Sabiendo los riesgos y entendiendo que la negligencia también es una forma de maltrato, ¿se podría decir que se está maltratando sistemáticamente a los niños y niñas con TDAH utilizando la disciplina médica como motor? Esto se debería a la prescripción de psicofármacos de forma generalizada en el TDAH para casos en los que quizá bastaría con una intervención psicológica como la terapia cognitivo-conductual. Esto supondría un problema,

puesto que se estaría anteponiendo el beneficio económico y de mercado, a la salud y bienestar de la ciudadanía, especialmente de la infancia.

### 2.3. Consecuencias sociales

El último de los puntos para comprender estos procesos de medicalización y medicamentación en el TDAH son las consecuencias existentes a nivel social. La infancia y adolescencia son las etapas del ciclo vital en las que el individuo se desarrolla y conforma su ser, adoptando los elementos socioculturales en la personalidad y adaptándose al entorno social. Esto es lo que se conoce como el proceso de socialización (Fernández, 2019), siendo los principales agentes el sistema educativo y la familia. Es por ello que, si cuando aparecen dificultades de adaptación se pone el foco del problema en los niños, se les etiqueta como “enfermos” y se les medica para “curarse”, en lugar de cuestionarse si es el contexto el que influye en esta desadaptación ¿qué van a integrar estos niños en su personalidad? Se podría estar emitiendo, entre líneas, el siguiente mensaje a la infancia y a su preparación para la vida adulta: debes amoldarte a los cánones de eficacia del sistema, y, como no lo haces, tienes un trastorno por lo que necesitas medicación para “curarte”. ¿Se pretende así eliminar la diversidad de infancias (y de las personas) para crear una infancia única que se ajuste a los intereses del sistema de productividad y obediencia? ¿Por qué si no se paliar síntomas que, en sí mismos, no suponen un riesgo para los niños/as? Esto podría relacionarse con el planteamiento de Foucault. Si el proceso de medicalización tiene como finalidad ejercer control social (Foucault, 1976), durante la infancia y adolescencia es el mejor momento para iniciar este proceso, puesto que se da, como se ha señalado anteriormente, la socialización.

Para concluir y por todas estas razones, se entiende el TDAH como un trastorno que ha sufrido un proceso de medicalización y medicamentación. Se podrían estar patologizando conductas que podrían considerarse “normales” hasta tal punto que el TDAH parece que se está convirtiendo en un rasgo característico en las infancias actuales por su gran prevalencia (5% a nivel mundial). Podría pensarse que se ha instrumentalizado la medicina para definir como patológicas conductas que rompen con el ideal de obediencia y productividad para el sistema. Asimismo, se habría dotado de poder a la medicina para corregir estas conductas, estableciendo una herramienta de control social. Además, tiene mayor relevancia en el caso del TDAH, puesto que su diagnóstico se da principalmente en la infancia y adolescencia, es decir, se estaría socializando a las personas en estos términos de control social, creando máquinas para continuar con la rueda del sistema.

### 3. CASOS PRÁCTICOS

#### 3.1. Caso 1

El primer caso es un niño de 11 años que acudió a consulta de psicología clínica por decisión parental, ya que tanto en casa como en el colegio se mostraba distraído e inquieto. En el ámbito educativo, si bien no había sido un alumno sobresaliente a lo largo de los cursos, aprobaba las asignaturas y sacaba el curso adelante. Contaba con apoyo escolar en casa, con una profesora particular desde 3º de Educación Primaria (EP). Pero este último curso de primaria (6ºEP) la tutora informó a los padres de que la dificultad que presentaba para seguir las clases se había acentuado en comparación con los compañeros, además de interrumpir en el aula, tanto al profesorado como al resto de compañeros. No obstante, es importante señalar que practicó fútbol durante toda su etapa escolar, donde sí era capaz de seguir las normas y adaptarse igual que el resto de sus compañeros de equipo.

Si nos remontamos tiempo atrás y retomamos su historia vital, podemos observar varios factores que podrían incidir en su conducta y comportamiento. Fue un niño que, en sus primeros años de vida, la crianza fue asumida principalmente por los abuelos maternos ante la imposibilidad parental de ejercerla, por razones médicas y de conciliación. Durante el último curso de primaria, cuando su conducta disruptiva se acentuó y su rendimiento académico empeoró, el niño sentía el colegio como una gran fuente de estrés. Tenía miedo a suspender por las consecuencias que eso conllevaba (castigos, como retirada de videojuegos). Comenzó a tener muchos malestares físicos durante los fines de semana: dolor de cabeza, de tripa, vómitos... Es decir, somatizó el malestar que le producía el ámbito académico. Finalmente, a un mes de finalizar el curso, verbalizó que algunos compañeros de clase se reían de él con burlas en relación a su peso, otro de los factores que incrementaron el estrés escolar.

En la consulta psicológica todo esto no se vio ya que el niño no lo verbalizó. No se vio a un niño con miedo a suspender, ni a un niño que sufría conductas de acoso en el colegio. Se vio un niño inquieto, incapaz de seguir el ritmo en el aula y de permanecer en calma en casa, un niño que no prestaba atención y por eso suspendía. Fue diagnosticado de TDAH-C y el psiquiatra de referencia le prescribió *Metilfenidato*, (nombre comercial *Concerta*) como único tratamiento.

#### 3.2. Caso 2

El segundo de los casos es una niña de 11 años. A los 7 años fue diagnosticada de dislexia, un trastorno del aprendizaje caracterizado por la dificultad en el lenguaje. Fue en 3ºEP, con 9 años, que el tutor del colegio recomendó a los padres que le hicieran un estudio de TDAH, ya que presentaba sintomatología. Los padres en un primer momento lo rechazaron, ya que no

pensaban que su hija pudiera tenerlo. Sin embargo, tras los resultados académicos de ese año y viendo que tenía que repetir curso, el padre se informó sobre el trastorno. Vio entre la sintomatología características de su hija, por lo que durante ese verano fueron a Madrid, a consulta de un psiquiatra especialista en TDAH. Tras el estudio, el diagnóstico fue TDAH-C y el tratamiento farmacológico fue *Metilfenidato*, (nombre comercial *Ritalin*).

La principal fuente de malestar para ella era no percibirse en igualdad a sus compañeros de clase, sentirse “tonta” y “atrasada” respecto al resto. La medicación fue favorable, no solo en la atenuación de síntomas, sino, especialmente, en la autoestima y autopercepción de ella misma, ya que pudo percibirse como una igual.

En el ámbito educativo su rendimiento mejoró, en cierta medida por la implementación de algunas medidas inclusivas recogidas en la *Orden ECD/1005/2018*.

### 3.3. Caso 3

El siguiente de los casos a presentar es una joven adolescente, de 14 años. Desde el ámbito educativo, no se había alertado nada; y los padres en casa simplemente veían que su hija era más distraída de lo que esperaban. Su rendimiento académico era favorable, aprobaba las asignaturas y los cursos, pese a tener diagnosticada dislexia. Fue del hermano de 9 años, del que el colegio avisó a los padres de la dificultad que presentaba para seguir el ritmo de las clases, y para permanecer en ella como el resto de sus compañeros. Fueron con el hijo a una consulta de psicología clínica, sin embargo, no obtuvo ningún diagnóstico.

No obstante, en consulta, los padres comentaron que muchos de los síntomas que presentaba el hijo, los compartía también la hija, por lo que le hicieron a ella también un estudio. En este caso, ella sí fue diagnosticada, con TDAH-I. Tras informarse sobre los beneficios que traería la medicación, relacionados con la mejora de su atención y que facilitaría su trabajo académico, decidieron aceptar la prescripción del fármaco psicoestimulante, *Metilfenidato*, (nombre comercial *Ritalin*).

### 3.4. Caso 4

El último de los casos es un adolescente de 15 años. Fue diagnosticado a los 9 años de edad. Sus progenitores acudieron a consulta psicológica ante la preocupación por su bajo rendimiento académico y la posibilidad de que no pudiera afrontar el siguiente curso. Además de este bajo rendimiento, su autoestima se deterioraba puesto que este fracaso escolar le generaba gran inseguridad y sentimiento de inferioridad. Este hecho, unido con las conductas de acoso de las que era víctima por parte de sus compañeros, generaron en él una gran fuente de malestar.

Tras la evaluación psicológica se le diagnosticó con TDAH-I y le recetaron *Metilfenidato*, (nombre comercial *Concerta*), pero a los pocos meses tuvieron que interrumpir el tratamiento

puesto que desencadenó taquicardia, además de quitarle el hambre, y dado que estaba muy delgado no podían permitir que bajase más de peso. Interrumpieron el tratamiento y no lo retomaron hasta tiempo posterior. Además del tratamiento farmacológico, también se propusieron pautas a seguir en el ámbito familiar a la hora de realizar los deberes, y se recomendaron las adaptaciones en el aula, sin embargo, el colegio no las llevó a cabo, impidiendo su rendimiento académico en igualdad de condiciones con sus compañeros. Esto empeoró la situación ya que continuaban las burlas en el aula. Este acoso no cedió hasta que no se cambió de centro educativo. Repitió 1º ESO, y en este nuevo centro educativo sí le realizaron las adaptaciones pertinentes. A los 13 años retomó el tratamiento farmacológico, esta vez *Dextroanfetamina* (nombre genérico *Elvanse*), que está funcionando bien.

La sintomatología que este niño manifestó le convirtió en objeto de burla de muchos compañeros, lo que desencadenó gran malestar emocional, el cual le impidió desarrollarse en otros contextos. Este acoso sucedió previo al diagnóstico y continuó durante todo el periodo en el que estuvo escolarizado en ese centro educativo.

## 4. ANÁLISIS DE LOS CASOS

En los cuatro casos expuestos en el apartado anterior se pueden observar los procesos de medicalización y/o medicamentación. Por ello, se va a realizar un análisis de estos procesos en cada caso concreto.

### **Caso 1**

En el primero de los casos podemos observar ambos procesos. El niño vivenciaba el entorno académico como una fuente de estrés, lo que provocaba una alteración conductual que concordaba con la sintomatología del TDAH. Este estrés se tradujo en un bajo rendimiento académico, por lo que el profesorado derivó a una evaluación diagnóstica. Dado que durante la evaluación diagnóstica no verbalizó su malestar, se le diagnosticó TDAH-C y se le recetó un psicofármaco. Sin embargo, la sintomatología no se redujo con la toma de medicación, sino que lo hizo cuando verbalizó su situación a sus progenitores. Por lo que este niño podría haber sido catalogado como TDAH por una conducta que, quizás, tan solo respondía a una situación de malestar. En cuanto al tratamiento, que fue solamente medicamentoso, podría haberse sustituido o, al menos compaginado con intervenciones de otro tipo. Por ejemplo, dado que la inadaptación la presentaba principalmente en el ámbito educativo, se podría haber optado por una intervención en esta área de manera previa a medicar. La *ORDEN ECD/1005/2018, de 7 de junio, por la que se regulan las actuaciones de intervención educativa inclusiva*, recoge las adaptaciones posibles para facilitar la inclusión del alumnado con necesidades específicas de

apoyo educativo. Sin embargo, no se llevó a cabo ninguna respuesta de carácter inclusivo, por lo que el rendimiento académico no mejoró. Del mismo modo, al no haberse realizado ningún tipo de intervención terapéutica, no se pudo gestionar el malestar del niño, las somatizaciones no cesaron y no se pudo intervenir en las burlas que recibía. Por lo que el malestar se prolongó y la ingesta de medicación no dio los resultados que se esperaban.

### **Caso 2**

En este caso, desde el colegio se informó a los padres de que, dadas las características de su hija, podía tener TDAH. Finalmente, ante el bajo rendimiento académico, los padres decidieron que le hiciesen la evaluación diagnóstica. Una vez obtenido el diagnóstico, la primera opción de tratamiento que recibió fue la medicación. Quizás se podrían haber barajado otras alternativas antes de ella, no obstante, en este caso, la medicación tuvo un resultado positivo, que, acompañada de las adaptaciones pertinentes en el ámbito escolar, consiguieron anticiparse a la aparición de desfase curricular. Además, la obtención del diagnóstico fue positiva para ella, ya que obtuvo una explicación de porqué a ella le costaba realizar cosas que al resto de sus compañeras no.

Este caso puede ser representativo de cómo acompañar la medicación de intervenciones en otras áreas es beneficioso, ya que quizás si tan solo se hubiese medicado, la niña no hubiese podido seguir las clases y el contenido de la misma manera.

### **Caso 3**

Este caso podría ser una representación de ambos procesos. Por un lado, una niña que, al no presentar ninguna alteración conductual, no se planteó la posibilidad de que tuviese TDAH, como sí lo hicieron con su hermano.

Una vez obtuvo el diagnóstico de TDAH-I, éste fue acompañado de la prescripción de un psicofármaco. Esto resulta sorprendente ya que era una chica que había podido hacer frente a todas las dificultades que había presentado (a causa de la dislexia) y que no había requerido ningún factor externo para ello.

### **Caso 4**

El último de los casos presenta cierta similitud con el primero. En este caso es un niño víctima de acoso escolar que, además, tenía un bajo rendimiento académico. Fue esta la razón por la que le realizaron una evaluación diagnóstica, donde se le diagnosticó TDAH-I. Al igual que en el primero de los casos, podríamos cuestionarnos si la inatención y bajo rendimiento académico es fruto de un trastorno o fruto del sufrimiento de un niño al que acosan. Además del tratamiento farmacológico, el psicólogo de referencia propuso la implementación de adaptaciones escolares y unas pautas a seguir en el ámbito familiar. Sin embargo, desde el colegio no realizaron las adaptaciones, dificultando todavía más la inclusión de este niño en el

aula, ya que esto alimentaba las burlas de sus compañeros. Quizás una buena actuación frente al acoso y las adaptaciones pertinentes del currículo podrían haber frenado tanto el malestar como el desfase curricular. Sin embargo, el malestar no solo afectó al ámbito académico, sino que terminó por afectar negativamente en todos los contextos socializadores del niño, creando un entorno y contexto de riesgo para su desarrollo.

## 5. PROPUESTA ALTERNATIVA

La ejemplificación de estos casos lleva a considerar la necesidad de una alternativa que sirva de freno a los procesos de medicalización y medicamentación en el TDAH, para que no se diagnostiquen como patológicas situaciones de malestar y para que sean posibles alternativas de tratamiento más allá de la medicación.

Ambos procesos –medicalización y medicamentación– son entendidos como sistemáticos y estructurales, que responden a los intereses del mercado y de control social. Cuando una problemática tiene un carácter estructural, la solución pasaría por transformar las estructuras que desembocan en ella. No obstante, como dijo Fredric Jameson, “es más fácil imaginar el fin del mundo que el fin del capitalismo” (Jameson, 2005), por lo que, a pesar de entender en este trabajo el capitalismo como la raíz de los procesos de medicalización y medicamentación en el TDAH, la propuesta alternativa no pasa por su abolición, dado la utopía que supondría.

La propuesta alternativa se va a dividir en dos tipos de medidas: las medidas de prevención, y las medidas alternativas de tratamiento. Puesto que la familia es el primer espacio de socialización del individuo y es donde se instauran los hábitos y se conforma el carácter (Serrano Alquézar, 2023), ambas medidas se van a centrar en este entorno.

Por otra parte y entendiendo el TDAH como una manifestación de síntomas de carácter conductual, como así lo recogen algunos manuales de intervención (Rabadán Rubio & Giménez-Gualdo, 2012), podría considerarse que, al trabajar sobre la conducta de los niños y niñas, el número de diagnósticos se reduciría. Esto es posible dado que la conducta es modificable gracias a la plasticidad del cerebro humano y su capacidad de cambio y adaptación (Guerrero, 2021). Asimismo, este hecho también posibilita una alternativa al tratamiento farmacológico y la posibilidad de frenar el proceso de medicamentación.

En esta línea, la medida preventiva propuesta es la impartición obligatoria de cursos de crianza respetuosa a los progenitores desde la red pública, previo al nacimiento del niño/a. Con esto se pretende dar información sobre los estilos educativos parentales existentes, así como

dotar de herramientas a la hora de ejercer la crianza, ya que son varios los retos a los que se deben hacer frente.

El estilo educativo parental o el modelo de crianza es el modo en que los progenitores actúan respecto a los hijos en el día a día, las estrategias para afrontar conflictos, la toma de decisiones o las maneras de expresar el afecto (Jiménez, 2010). Estos estilos educativos tienen repercusión en la evolución, desarrollo, crecimiento y socialización del niño/a, teniendo consecuencias directas en las conductas externalizantes (Serrano Alquézar, 2023). Las conductas externalizantes son comportamientos que involucran agresión, hiperactividad e impulsividad (Luján Naurý, 2022). De manera que, si los estilos parentales repercuten en conductas impulsivas e hiperactivas, al ser 2 de las 3 áreas de sintomatología del TDAH, podríamos pensar que un estilo educativo adecuado supondría una actuación preventiva.

Para realizar estos cursos de crianza respetuosa, se dotaría de herramientas propias que sigan la línea del estilo parental democrático. En este estilo se parte de la aceptación de los derechos y deberes tanto propios como los del hijo/a. Está basado en un gran nivel de comunicación asertiva, expresión del afecto, gran nivel de control a través de la pauta de límites, el apoyo mutuo y el refuerzo positivo que potencie las capacidades (Serrano Alquézar, 2023). Quienes son socializados con este estilo parental, demuestran una relación positiva con el grupo de iguales, un mejor desarrollo interactivo y mayor aceptación de normas y límites (Luján Naurý, 2022).

El seguimiento de este modelo de crianza respetuosa sería beneficioso en varios aspectos. El primero de ellos es que, al tener su base en la comunicación asertiva, el niño/a tendría mayor facilidad a la hora de comunicar aquello que le genera malestar. De esta manera, si se es capaz de poner palabras al sufrimiento, no se requeriría de una comunicación conductual para manifestarlo, pudiendo prevenir el diagnóstico de TDAH de niños y niñas inquietos por razones ajenas a este trastorno. Asimismo, permite un apoyo en la gestión de los retos que supone la crianza en el contexto tecnológico actual, como es el uso de pantallas. Permitiría conocer alternativas al uso de estas tecnologías, cuyo uso excesivo supone un factor de riesgo para la aparición y desarrollo de este trastorno (Cardona-Espinosa, Galván-Marroquín, & Blanco-Lombana, 2023). En definitiva, la impartición de estos cursos supondría la prevención de aparición de síntomas del TDAH; asimismo, supondría la creación de un espacio seguro y de confianza dentro del núcleo familiar, al mismo tiempo que permitiría una socialización favorable para el desarrollo personal en los ámbitos sociales ajenos a la familia.

Una vez aparezca el diagnóstico o los síntomas asociados al TDAH, la propuesta alternativa de tratamiento a la medicación es la Terapia Familiar Sistémica. Este modelo terapéutico se centra en la familia como objeto de intervención, dotando de herramientas a los

miembros de ella para disminuir los conflictos y factores estresantes existentes (Castillero Mimenza, 2017). Como se ha nombrado en apartados anteriores, un tratamiento basado únicamente en la medicación tan solo palia los síntomas, pero no permite la comprensión de la sintomatología del trastorno ni supone un trabajo terapéutico. La Terapia Familiar Sistémica, además de permitir comprender el trastorno, individualiza el tratamiento, es decir, se adecúa a las necesidades tanto de quien padece el TDAH como de su familia. También permite cambiar el foco, retirando la carga ejercida sobre el trastorno del niño/a y repartiéndolo en todos los factores y actores involucrados en el entorno del individuo. Esto permite dejar atrás el individualismo y la responsabilidad que recae sobre quien padece el diagnóstico.

La aplicación de este tipo de terapia en casos de TDAH proporciona pautas educativas que tienen consecuencias positivas sobre el comportamiento. Asimismo, permite identificar factores de riesgo que reproducen las conductas que generan malestar, dotando de herramientas para cambiar estos factores y dotando de técnicas de modificación de la conducta; mientras que refuerza los factores de protección, que son todos aquellos que resultan beneficiosos en el proceso de tratamiento. Al mismo tiempo, se facilitan estrategias de manejo del estrés.

En este proceso están involucrados todos los miembros de la familia, pues todos son participantes activos en las dinámicas familiares (Zambrano Sánchez, del Río Carlos, Dehesa Moreno, Vázquez Urbano, & Alfaro Rodríguez, 2021). La Terapia Familiar Sistémica permite, además, identificar factores que desencadenan conductas disruptivas que no tendrían relación con un trastorno, sino con situaciones de malestar a las que el niño/a no encuentra la manera de poner palabras, como pueden ser conflictos familiares, situaciones de acoso o presión educativa excesiva. Esto permite darle voz al niño/a, en lugar de a su conducta.

Los beneficios de esta terapia se pudieron ver en una investigación realizada por dos terapeutas familiares con dos grupos de 5 familias. En ella concluyeron que aquel grupo que se sometió a Terapia Familiar Sistémica para tratar un caso de TDAH mostró satisfacción en el funcionamiento familiar, relacionado con una mayor comprensión y aceptación del TDAH que se tradujo en un cambio positivo en la manera de abordarlo dentro del núcleo familiar (Cardona & Alviar Ruiz, 2013). Por estas razones este modelo terapéutico sería el más favorable a la hora de abordar el TDAH, porque en su abordaje contempla todos los contextos involucrados en el individuo en lugar de contemplar únicamente al individuo y su conducta. Dados los efectos positivos que tiene, podría ser beneficiosa su aplicación como primera actuación en los casos de TDAH leves y moderados, tratando de reducir el consumo farmacológico que, si bien tiene efectos positivos en el control de síntomas, no individualiza los casos ni permite abordar los factores de riesgo ambientales y sociales que puedan subyacer. El TDAH no es un trastorno

meramente biológico, tiene una base social, por lo que el tratamiento debe abordar esta parte también. Por ello, invertir recursos en posibilitar desde la red pública el acceso a este tipo de terapias sería favorable en el tratamiento del TDAH.

En definitiva, los procesos de medicalización y medicamentación en el caso del TDAH es complejo, donde existen muchos factores involucrados no considerados en esta propuesta. Sin embargo, desde el ámbito familiar, que es el primer contexto para el desarrollo del individuo, se pueden implementar medidas que supongan la prevención de la aparición del TDAH.

Siendo la conducta modificable, y siendo el TDAH un trastorno donde se tiene en cuenta la conducta para su diagnóstico, trabajar sobre esta conducta se entiende que reduciría el número de diagnósticos. Sin embargo, trabajar sobre la conducta no implica solamente modificarla, sino comprender su aparición e identificar los factores involucrados.

Como conclusión y entendiendo la complejidad de la realidad social actual, así como las barreras existentes a la hora de ejercer la maternidad y paternidad, la red pública debería tomar un papel activo en este proceso, a través de la facilitación de cursos e información que sean una fuente de herramientas a la hora de ejercer la crianza.

## 6. CONCLUSIONES

En este trabajo se han investigado los procesos de medicalización y medicamentación en el caso concreto del TDAH y su relación con el sistema capitalista.

La medicalización de la salud mental implica entender como patológicas cuestiones que con anterioridad se concebían como “normales”. En consecuencia, diferenciar lo sano de lo patológico se complica cuando se trata de trastornos mentales, pues al no tener una etiología únicamente biológica no existen pruebas específicas para su detección. Esto ha supuesto que muchos niños y niñas reciban un diagnóstico de TDAH al presentar síntomas, como son la inquietud, el movimiento o mostrarse distraído en el aula, que en ocasiones tan solo responden a características propias de la infancia o situaciones de malestar.

De este modo, definir un trastorno en base a unos síntomas pretende transformar en criterios diagnósticos cuestiones que tienen que ver con la individualidad de cada persona. Es por ello que, recoger conductas como patológicas podría entenderse como una herramienta para ejercer control sobre dichas conductas. Este control se ejerce en la medida que se pretenden eliminar los comportamientos, apareciendo el proceso de medicamentación.

En este proceso, la prescripción de psicofármacos es la principal opción de tratamiento del TDAH puesto que permite paliar los síntomas -conductas- rápida y eficazmente. Sin embargo, la medicación no modifica estructuras, contextos o factores que puedan dar lugar a estos

síntomas, es decir, no indaga en la raíz de dichos síntomas. Unido a esto, el acelerado cambio en las infancias y adolescencias dificulta adaptar las estructuras a estos cambios, por lo que instituciones como la educativa quedan desfasadas y este desfase permite aflorar la sintomatología propia de este trastorno.

A su vez, no trabajar sobre el contexto o factores que pueden desembocar en comportamientos propios del TDAH en niños/as, no permite frenar el aumento de estos casos. Por tanto, la medicación es una medida paliativa de síntomas, pero no tiene una función preventiva que es cómo se considera que debería enfocarse el tratamiento a lo largo del presente trabajo. Sin embargo, la prescripción de medicamentos tiene un papel importante en el contexto capitalista ya que genera beneficios. Afirmar que los diagnósticos de TDAH en la infancia y adolescencia aumentan con el fin de controlar a la población en esta etapa de socialización podría ser imprudente, sin embargo, afirmar que aumentan con la finalidad de vender medicamentos encaja con los principios y las dinámicas propias del sistema capitalista. De esta manera, priorizar el beneficio económico supone entender el bienestar de las personas como un medio y no un fin en sí mismo. Por ello, se debería plantear un tratamiento que permita individualizar cada caso, impulsando la particularidad de cada persona con el fin de fomentar sus fortalezas, donde la finalidad de la intervención sea su bienestar. Sin pretender demonizar la medicación, que es beneficiosa y necesaria en diversos casos, quizás se está haciendo un uso exacerbado e imprudente, pues no conlleva ningún trabajo terapéutico ni acción preventiva.

Todo esto desemboca en concebir los trastornos mentales, y en el caso específico de este trabajo el TDAH, como una patología social. Es decir, su elevada prevalencia se relaciona con factores de la propia estructura social y no tanto con causas orgánicas, por lo que quizás se debería hablar del propio sistema como patológico donde el aumento de casos es síntoma de esta patologización.

En conclusión, el aumento de casos de TDAH responde, en gran parte, a causas sociales, por lo que el tratamiento debería estar orientado a la prevención, a crear entornos que no supongan un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos mentales y, una vez aparezcan, que el tratamiento no se centre exclusivamente en aliviar los síntomas, sino que esté orientado en dotar de herramientas y estrategias para poder convivir con ellos. Para alcanzar este objetivo, y dado que el ser humano es un ser social, es necesaria una intervención donde participen todos los profesionales y agentes sociales involucrados en el contexto social del individuo.

## Bibliografía

- Achotegui, J. (22 de 1 de 2017). *La salud mental en tiempos líquidos*. Obtenido de Público: [https://blogs.publico.es/joseba-achotegui/2017/01/22/sociedad-liquida-de-bauman-y-salud-mental/?doing\\_wp\\_cron=1713974892.3512780666351318359375](https://blogs.publico.es/joseba-achotegui/2017/01/22/sociedad-liquida-de-bauman-y-salud-mental/?doing_wp_cron=1713974892.3512780666351318359375)
- Adorno, T., Frenkel-Brunswik, E., Levinson, D., & Stanford, N. (1950). *La Personalidad Autoritaria*. Nueva York: Norton.
- Arribas, R. A. (10 de 9 de 2023). *Medicamentos y capitalismo: un cóctel perjudicial para la salud*. Obtenido de Contexto y Acción (ctxt): <https://ctxt.es/es/20230901/Culturas/44030/a-doble-ciego-victor-sombra-el-ministerio-esclerosis-multiple-industria-farmaceutica-enfermedades-capitalismo-cronificar.htm>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (5ª ed.). Arlington.
- Asociación de Afectados de Neurofibromatosis. (18 de 4 de 2018). *Los casos de TDAH en España han aumentado un 30% en niños de 8 a 12 años*. Obtenido de Asociación de Afectados de Neurofibromatosis: <https://neurofibromatosis.es/2018/05/18/los-casos-de-tdah-en-espana-han-aumentado-un-30-en-ninos-de-8-a-12-anos/#:~:text=En%20Espa%C3%B1a%2C%20m%C3%A1s%20de%20250.000,que%20se%20refiere%20el%20libro.>
- Asociación Española de Pediatría. (1 de 12 de 2020). *Metilfenidato*. Obtenido de Asociación Española de Pediatría: <https://www.aeped.es/comite-medicamentos/pediamecum/metilfenidato>
- Atalaya Cultural. (2023). *El periodo de la modernidad tardía: características y significado*. Obtenido de Atalaya Cultural: <https://atalayagestioncultural.es/modernidad-tardia/el-periodo-de-la-modernidad-tardia-caracteristicas-y-significado/>
- Bauman, Z. (2003). *Modernidad Líquida*. México: Fondo de cultura económica.
- Bedoya-Hernández, M., de Francisco, P., & Mesa Osorio, L. J. (2021). La medicalización en la infancia como estrategia del gobierno. *Política & Sociedade*, 19(46), 175-203.
- Bideault, A. (15 de 2 de 2021). *Niños inquietos: por qué el movimiento es tan importante para los niños*. Obtenido de bayard: <https://www.bayardeduccion.com/lectura/cuaderno-caracola/ninos-inquietos-por-que-el-movimiento-es-tan-importante-para-los-ninos>
- Caamaño, M. J., & Rodríguez Caamaño, F. (1998). Ensayo sobre la individualidad en el ámbito de la modernidad tardía. *Política y Sociedad*, 133-143.
- Calleja, A. (22 de 10 de 2022). *¿Y si no todo depende de mi? El problema del individualismo en la salud mental*. Obtenido de Albacallejapsicologa: <https://albacallejapsicologa.com/2022/11/22/y-si-no-todo-depende-de-mi-el-problema-del-individualismo-en-la-salud-mental/>
- Cardona, L. M., & Alviar Ruiz, M. M. (2013). Familias entrampadas en la hiperactividad. *Revista Facultad de Trabajo Social*, 29(29), 237-259.
- Cardona-Espinosa, L., Galván-Marroquín, A., & Blanco-Lombana, Y. (2023). *Efectos cognitivos y conductuales por el uso de dispositivos tecnológicos en niños y niñas en edades*

- comprendidas entre los 8 y 10 años del colegio Comfiar.* Universidad Cooperativa de Colombia.
- Carlevaro Gaínza, S. (2022). *¿Atención en falta o actividad en exceso? Una mirada reflexiva sobre el Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad desde la corriente psicoanalítica.* Montevideo, Uruguay: Universidad de la República.
- Castillero Mimenza, Ó. (31 de 3 de 2017). *Terapia familiar: tipos y formas de aplicación.* Obtenido de Psicología y Mente: <https://psicologiymente.com/clinica/terapia-familiar>
- Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. (s.f.). *Información básica sobre el TDAH.* Obtenido de Centros para el Control y Prevención de Enfermedades: <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/adhd/facts.html>
- Cernuda, S. Á. (2015). *La enfermedad mental a lo largo de la historia.* Universidad de Valladolid.
- Domínguez Carral, J., & García Peñas, J. J. (2012). *¿Existe un sobrediagnóstico del trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH)? Evidencia Pediátrica.*
- Durkheim, E. (1893). *La División del Trabajo Social.*
- Durkheim, E. (1897). *El Suicidio.*
- Echeburúa, E., Salaberría, K., & Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia Psicológica, 32*(1).
- Faraone, S., Barcala, A., Bianchi, E., & Torricelli, F. (2009). La industria farmacéutica en los procesos de medicalización/medicamentación en la infancia. *Revista Electrónica Margen.*
- Fernández, E. (2019). *La sociedad (I). El proceso de socialización.* Barcelona: FUOC.
- Foucault, M. (1964). *Historia de la locura en la época clásica.* Colombia: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1976). Historia de la medicalización. *Educación médica y salud, 11*(1), 3-23.
- Fundación CADAH. (s.f.). *Minimizando los efectos adversos de los medicamentos para el tratamiento del TDAH.* Obtenido de Fundación CADAH: <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/minimizando-los-efectos-adversos-de-los-medicamentos-para-el-tratamiento-del-tdah.html>
- Fundación Patología Dual. (19 de 5 de 2021). *La salud mental en la red pública: el psicólogo de los 240 pacientes.* Obtenido de Fundación Patología Dual: <https://fundacionpatologiadual.org/la-salud-mental-en-la-red-publica-el-psicologo-de-los-240-pacientes/>
- Gedar. (2022). *La salud mental en la sociedad capitalista.* arteka.
- Goffman, E. (1961). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales.* Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- Guerrero, R. (2021). *El cerebro infantil y adolescente. Claves y secretos de la neuroeducación.* España: Editorial Planeta.

- Guerrero, R. (1 de 12 de 2021). Rafa Guerrero: "El TDAH es un de los trastornos más estigmatizados e incomprensidos". (M. Borja, Entrevistador)
- Guerrero, R. (12 de 5 de 2024). *Cualquier niño que sea muy inquieto, impulsivo y movido, ya le ponemos el cartelito de TDAH*. Obtenido de @rafaguerrero psicólogo: <https://www.instagram.com/rafaguerrero psicologo/?hl=es>
- Jameson, F. (2005). *Arqueologías del futuro: El deseo llamado utopía y otras aproximaciones*.
- Jiménez, M. J. (2010). *Estilos Educativos Parentales y su implicación en diferentes trastornos*. Recuperado el 2024 de 5 de 16, de <https://www.fapacealmeria.es/wp-content/uploads/2016/12/ESTILOS-EDUCATIVOS.pdf>
- Lasheras Ruiz, R., Gimeno Monterde, C., & Andueza Imirizaldu, I. (2019). *Procesos de intervención comunitaria: reflexiones y propuestas sobre comunidades, actrices/actores y procedimientos*.
- Leiva, A. (15 de 12 de 2021). *15 de diciembre de 1973: la homosexualidad deja de ser considerada como enfermedad en Estados Unidos*. Obtenido de El Orden Mundial: <https://elordenmundial.com/hoy-en-la-historia/15-diciembre/15-de-diciembre-de-1973-la-homosexualidad-deja-de-ser-considerada-como-enfermedad-en-estados-unidos/>
- Libano, R. U. (2016). Medicamentación en la infancia. *Revista de Pediatría de Atención Primaria*, 147-148.
- López Castilla, C. J. (2015). La medicalización de la infancia en salud mental: el caso paradigmático de los trastornos de atención. *Papeles del Psicólogo*, 36(3), 174-181.
- Luján Naury, M. (2022). *Estilos parentales y conductas externalizantes e internalizantes de los niños*. Buenos Aires: Pontificia Universidad Católica Argentina.
- Luna, C. (6 de 11 de 2023). @crislunapsico. Obtenido de TikTok: <https://vm.tiktok.com/ZGeXjSv1V/>
- Maciá Antón, D. (2012). *TDAH en la infancia y adolescencia. Concepto, evaluación y tratamiento*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Martínez, C. (12 de 7 de 2022). *Esta es la historia de la "histeria femenina" o de cómo se inventó el vibrador*. Obtenido de lavozdelasalud: <https://www.lavozdegalicia.es/noticia/lavozdelasalud/tribu/2022/06/03/historia-histeria-femenina-mujer-invento-vibrador/00031654267295720869244.htm#:~:text=El%20m%C3%A9todo%20de%20asturbaci%C3%B3n%20asistida,aliviar%20los%20s%C3%ADntomas%20de%20histeria.>
- Martínez, C. N. (2012). Las patologías de las nuevas texturas sociales del capitalismo tardío. *Entretextos*, 4, 1-8.
- Mas-Bagá, M. (2023). *Trastorno por déficit de atención*. Obtenido de CAT Barcelona. Adicciones y problemas psíquicos: <https://www.cat-barcelona.com/tratamiento/problemas-psiquicos/>
- Medina, J. I.-V. (2017). Una nueva epidemia asola la sociedad occidental: la soledad. *Razón y fe*, 277(1431), 51-62.

- Ortega-Esquembre, C. (2023). Patologías sociales. Un debate en la teoría crítica contemporánea. *Quaderns de filosofia*, X(1), 33-59.
- Orueta, R. (2011). Medicalización de la vida. *Revista Clínica de Medicina Familiar*.
- Rabadán Rubio, J. A., & Giménez-Gualdo, A. M. (2012). Detección e intervención en el aula de los trastornos de conducta. *Educación XX1*, 15(2), 185-212.
- Rosa Guillamón, A., Garcia Canto, E., & Martínez García, H. (2021). Ejercicio físico aeróbico y atención selectiva en escolares de educación primaria (Aerobic physical exercise and selective attention in primary school children). *Retos*, 421-428.
- Rosa, H. (2010). *Alienación y aceleración: Hacia una teoría crítica de la temporalidad en la modernidad tardía*. Katz Barpal Editores SL.
- San José, & Pérez, V. (2014). *La exclusión social y los trastornos mentales. De la enfermedad a la salud mental*. Palencia: Universidad de Valladolid.
- Serrano Alquézar, I. (2023). *Programa de educación para la salud dirigido a madres y padres para promover la crianza respetuosa*. Universidad de Zaragoza.
- Soler, C. L., & Romero Medina, A. (2013). *TDAH y trastornos del comportamiento en la infancia y adolescencia. Clínica, diagnóstico y tratamiento*. Madrid: Grupo Anaya.
- Szasz, T. S. (1994). *El mito de la enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Vaquerizo-Madrid, J., & Cáceres Marzal, C. (2006). El trastorno por déficit de atención e hiperactividad: guía pediátrica. *VOX PEDIATRICA*, 14(2), 22-33.
- Zabaleta, O. G. (2019). La construcción del DSM: genealogía de un producto sociopolítico. *Revista de Teoría, Historia y Fundamentos de la Ciencia*, 34(3), 441-460.
- Zambrano Sánchez, E., del Río Carlos, Y., Dehesa Moreno, M., Vázquez Urbano, F., & Alfaro Rodríguez, A. (2021). Impacto de la Terapia Familiar Sistémica en el TDAH. *Psicología científica*.