



Todos podríamos ser TDAH ¿Diagnóstico o presión social?

Descripción

Introducción

En las últimas décadas, el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) ha sido objeto de creciente interés y controversia.

En términos históricos, la conceptualización del TDAH ha evolucionado, comenzando con descripciones de comportamientos hiperactivos a finales del siglo XIX y principios del siglo XX. Sin embargo, no fue hasta la publicación del DSM-III en 1980 que se establecieron criterios específicos para el diagnóstico, lo que contribuyó al aumento de los casos diagnosticados. Desde entonces, las revisiones del DSM han ampliado los criterios diagnósticos, aumentando la visibilidad del trastorno y, en consecuencia, las tasas de diagnóstico

El aumento en los diagnósticos de TDAH desde la década de 1990 ha generado un debate sobre las causas subyacentes, cuestionando si realmente ha habido un incremento real en la prevalencia o si se debe a otros factores, como cambios en los criterios diagnósticos, mayor sensibilización y atención médica, o influencias ambientales. La prevalencia del TDAH se estima entre el 5% y el 7% de la población infantil en países desarrollados, con cifras que varían considerablemente entre estudios, y una tendencia a sobrediagnosticar en algunos contextos y subdiagnosticar en otros, especialmente en mujeres.

Desde una perspectiva ambiental, algunos estudios sugieren que la exposición a contaminantes como metales pesados, pesticidas y contaminantes del aire podría estar

asociada con un mayor riesgo de TDAH.

Otro factor importante es el estrés y la sobrecarga sensorial en la sociedad moderna. La exposición continua a entornos ruidosos, luces brillantes y tecnología puede sobreestimular a los niños, especialmente a aquellos con dificultades en el procesamiento sensorial.

¿Estamos sobrediagnosticando TDAH en niños que son simplemente 'normales' (¿no lo son todos?), pero que viven en un entorno sobrecargado de estímulos y expectativas?

Este artículo explora la posibilidad de que la vida moderna, con su énfasis en la hiperactividad y la hipercompetencia, pueda estar influyendo en la manifestación de síntomas de TDAH.

¿Enfermedad real o construcción diagnóstica?

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos del neurodesarrollo más comunes en la infancia y se caracteriza por síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad. Para ser diagnosticado, estos síntomas deben ser persistentes (al menos seis meses), presentarse en dos o más contextos (como en casa y en la escuela), y afectar significativamente el funcionamiento del niño en actividades cotidianas, académicas o sociales (American Psychiatric Association, 2013).

El diagnóstico de TDAH se basa en los criterios establecidos por el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5), que divide el trastorno en tres presentaciones principales:

- Presentación predominantemente hiperactiva/impulsiva: los síntomas principales son la hiperactividad y la impulsividad. Los niños pueden mostrar dificultad para estar quietos, hablar en exceso o actuar de manera impulsiva.
- Presentación predominantemente inatenta: los síntomas incluyen dificultades para mantener la atención, organizar tareas o seguir instrucciones. A menudo se les tilda de «soñadores» o se les percibe como que no están prestando atención.
- Presentación combinada: cuando se cumplen los criterios tanto para la inatención como para la hiperactividad/impulsividad (American Psychiatric Association, 2013).

El DSM-5 también establece que los síntomas deben haberse manifestado antes de los 12 años y no ser atribuibles a otro trastorno psiquiátrico. Sin embargo, la evolución de los criterios diagnósticos ha generado un debate sobre la precisión del diagnóstico y si ha

contribuido al aumento de casos reportados en las últimas décadas.

El concepto de TDAH ha cambiado significativamente a lo largo del tiempo, reflejando cambios en la comprensión de la psicología infantil y en las expectativas sociales.

Las primeras descripciones de comportamientos similares al TDAH aparecen en la literatura médica. En 1845, el médico alemán Heinrich Hoffmann describió un personaje infantil que presentaba comportamientos que hoy serían considerados «hiperactivos» en su libro *Struwwelpeter* (Hoffmann, 1845). Más tarde, en 1902, el pediatra británico George Still publicó en *The Lancet* una serie de artículos en los que describía a niños con «déficit en el control moral», caracterizados por impulsividad y falta de atención, a pesar de no tener retraso mental. Este trabajo se considera una de las primeras descripciones científicas del TDAH (Still, 1902).

Durante el período de 1930 a 1960, el TDAH fue asociado principalmente con lesiones cerebrales. El «síndrome de daño cerebral mínimo» se utilizaba para describir los comportamientos impulsivos y la falta de atención en niños que habían sufrido traumas físicos o infecciones cerebrales. En los años 60, se introdujo el término «disfunción cerebral mínima» para ampliar el diagnóstico a niños sin evidencia de daño cerebral visible, pero que presentaban síntomas similares (Clements, 1966).

En 1968, el DSM-II introdujo el término «reacción hiperkinética de la infancia» para describir comportamientos hiperactivos, marcando un cambio hacia la conceptualización del TDAH como un trastorno psicológico y no necesariamente neurológico. Más tarde, en 1980, el DSM-III cambió el término a «trastorno por déficit de atención», y añadió la categoría de «con o sin hiperactividad», reconociendo la inatención como un componente separado del trastorno (American Psychiatric Association, 1980).

A partir de la década de 1990, el DSM-IV (1994) y posteriormente el DSM-5 (2013) refinaron aún más los criterios diagnósticos, dividiendo el TDAH en subtipos (predominantemente inatento, predominantemente hiperactivo/impulsivo y combinado) y ampliando la edad de inicio de los síntomas a los 12 años, lo que ha contribuido a un aumento en los diagnósticos. Este cambio en los criterios ha suscitado debates sobre si el incremento en la prevalencia refleja un mayor reconocimiento del trastorno o un sobrediagnóstico (Barkley, 2006).

El TDAH ha sido objeto de controversia desde su inclusión en los manuales diagnósticos. Una de las críticas más frecuentes es que el diagnóstico puede ser una «etiqueta» para describir una amplia gama de comportamientos que podrían tener diferentes causas.

Algunos expertos argumentan que muchos casos de TDAH podrían derivarse de factores externos, como la exposición a ambientes con alta carga sensorial (ruido, tecnología, estímulos constantes), situaciones de estrés, o factores socioeconómicos desfavorables.

En estos contextos, los síntomas de inatención e hiperactividad podrían ser respuestas adaptativas a un entorno exigente o inadecuado para las necesidades del niño, más que indicativos de un trastorno neurobiológico innato

El ajuste continuo de los criterios diagnósticos ha tenido un impacto significativo en la prevalencia del TDAH. Según datos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), la prevalencia del diagnóstico en niños ha aumentado del 6,1% en 1997-1998 al 10,2% en 2015-2016 en Estados Unidos (Visser et al., 2014).

Algunos autores sugieren que la mayor conciencia y la búsqueda de tratamiento pueden explicar este aumento, mientras que otros plantean que podría haber un sobrediagnóstico, especialmente en casos de niños con síntomas leves o que se comportan de manera normal para su edad pero bajo presión académica o social.

Algunos críticos también señalan que la ampliación de los criterios diagnósticos ha llevado a que comportamientos típicos de la infancia, como la energía excesiva o la distracción, sean interpretados como patológicos. Timimi y Taylor (2004) argumentan que la definición moderna del TDAH puede ser demasiado amplia y culturalmente sesgada, resultando en diagnósticos excesivos.

A nivel mundial, la prevalencia del TDAH varía ampliamente debido a diferencias en la interpretación de los criterios diagnósticos y en las prácticas culturales. En países como Estados Unidos, donde la sensibilización y los servicios de salud mental son más accesibles, las tasas de diagnóstico son notablemente más altas que en naciones con menos recursos o enfoques culturales distintos hacia el comportamiento infantil (Polanczyk et al., 2007).



El impacto de la sociedad moderna en la conducta infantil

El entorno en el que crecen los niños juega un papel crucial en el desarrollo de su comportamiento y puede contribuir a la manifestación de síntomas que son diagnosticados como TDAH aun cuando no necesariamente lo son.

La modernidad ha traído consigo un aumento en el uso de dispositivos digitales, una mayor competitividad en el ámbito académico y una sobrecarga de actividades estructuradas. Estos factores pueden afectar la capacidad de los niños para concentrarse y regular su comportamiento, llevando a interpretaciones erróneas de síntomas como inatención e hiperactividad.

El uso extendido de la tecnología en la vida cotidiana ha transformado la forma en que los niños interactúan con el mundo, exponiéndolos a niveles de estimulación que pueden ser excesivos para su cerebro en desarrollo. La sobreexposición a dispositivos digitales, como tabletas, teléfonos inteligentes y videojuegos, ha sido asociada con efectos negativos en la atención y la regulación emocional.

Según Christakis (2004), el uso excesivo de medios electrónicos en la primera infancia puede afectar el desarrollo de la atención sostenida y la capacidad para inhibir impulsos. La estimulación rápida y constante que caracteriza a los dispositivos digitales puede modificar la forma en que los circuitos neuronales responsables de la atención y el control de impulsos se desarrollan, generando patrones de respuesta orientados hacia la recompensa inmediata y la evitación de tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (Small & Vorgan, 2008).

La neuroplasticidad, que se refiere a la capacidad del cerebro para cambiar y adaptarse en respuesta a las experiencias, significa que los niños pueden ser «entrenados» para responder a la estimulación digital de una manera que hace que se vuelvan menos capaces de concentrarse en actividades menos estimulantes.

Diversos estudios de neuroimagen han mostrado que el uso excesivo de videojuegos y pantallas puede estar asociado con cambios en la estructura del cerebro, particularmente en áreas responsables de la atención y el procesamiento de la recompensa, como la corteza prefrontal y el sistema dopaminérgico (Kühn & Gallinat, 2014). Estos cambios pueden parecer similares a los déficits observados en niños diagnosticados con TDAH, lo que lleva a la pregunta de si algunos de los comportamientos hiperactivos e inatentos son en realidad respuestas a una sobreestimulación sensorial constante.

Por otro lado, el contexto educativo moderno ha incrementado las demandas académicas y la presión para lograr el éxito desde una edad temprana. Se espera que los niños cumplan con estándares de rendimiento altos y se adapten a entornos escolares que requieren largos periodos de atención pasiva. Para muchos niños, especialmente aquellos que son más activos o que aprenden mejor de manera práctica, estas expectativas pueden ser difíciles de cumplir, lo que puede llevar a la frustración y al desarrollo de comportamientos que son malinterpretados como TDAH.

La presión para sobresalir académicamente puede causar estrés crónico, lo cual afecta el funcionamiento del cerebro, especialmente en áreas responsables de la regulación emocional y la atención. Según Lupien et al. (2009), el estrés infantil puede tener efectos neurotóxicos, particularmente en el hipocampo y la corteza prefrontal, lo que puede afectar la memoria y la capacidad de concentración. Este ambiente de alta presión podría desencadenar síntomas que imitan el TDAH, como la dificultad para mantener la atención y la impulsividad.

Gray (2011) argumenta que la reducción del tiempo dedicado al juego libre y la necesidad de sobresalir desde una edad temprana limitan las oportunidades para que los niños

desarrollen habilidades de autorregulación de manera natural. El juego libre no estructurado es fundamental para el desarrollo emocional y cognitivo, permitiendo a los niños aprender a lidiar con la frustración, resolver conflictos y controlar sus impulsos. Sin estas oportunidades, los niños pueden mostrar comportamientos impulsivos e inatentos que pueden ser interpretados erróneamente como TDAH.

Pero conviene también hablar de la presión que las madres y padres, o sus tutores, pueden llegar a ejercer, de manera inconsciente y no intencionada, en los niños. La agenda de muchos niños hoy en día está llena de actividades extracurriculares, desde deportes hasta lecciones de música, lo cual deja poco tiempo para el descanso y el juego libre. Este enfoque en actividades estructuradas puede sobrecargar a los niños, impidiéndoles recuperar la energía y afectando su bienestar emocional.

Diversos estudios han demostrado que el juego libre es crucial para el desarrollo de habilidades sociales, emocionales y cognitivas. Ginsburg (2007) destaca que el juego libre permite a los niños practicar la autorregulación, un aspecto importante para controlar la impulsividad y la atención. Cuando los niños tienen menos tiempo para el juego no estructurado, pueden mostrar signos de hiperactividad y distracción, ya que no han tenido la oportunidad de desarrollar adecuadamente estas habilidades.

La participación en muchas actividades extracurriculares puede llevar a la fatiga y al estrés, lo que a su vez puede afectar la capacidad de los niños para concentrarse y comportarse adecuadamente. Según un estudio realizado por Mahoney et al. (2006), los niños que participan en un número excesivo de actividades organizadas tienen mayores probabilidades de experimentar agotamiento emocional, lo que puede manifestarse en comportamientos similares a los observados en el TDAH.

El estrés no solo afecta a los niños, sino también a sus padres, quienes a menudo se ven abrumados por las exigencias laborales y sociales. La falta de tiempo de calidad entre padres e hijos puede llevar a una disminución en el soporte emocional que los niños reciben en casa.

La falta de soporte emocional adecuado puede exacerbar los problemas de comportamiento en los niños, aumentando la probabilidad de síntomas como la impulsividad y la distracción. Un ambiente familiar caracterizado por el estrés y la falta de comunicación puede llevar a un aumento en los niveles de ansiedad de los niños, lo que puede manifestarse en comportamientos similares a los del TDAH (Rutter, 2006). La presión constante y la falta de tiempo para relajarse y jugar pueden contribuir a la

aparición de síntomas que son interpretados erróneamente como problemas de atención o hiperactividad.

Trastornos y diagnósticos diferenciados

Los síntomas del TDAH, como la inatención, la hiperactividad y la impulsividad, no son exclusivos de este trastorno y pueden aparecer en una variedad de condiciones comórbidas.

La presencia de síntomas similares en otros trastornos puede llevar a diagnósticos erróneos o superpuestos. A continuación, se exploran algunas condiciones que comparten características con el TDAH y se discute la importancia de un diagnóstico diferencial adecuado para evitar errores en la identificación del trastorno.

El Trastorno del Procesamiento Sensorial (TPS), por ejemplo, se refiere a dificultades en la manera en que el cerebro organiza e interpreta la información sensorial. Los niños con TPS pueden reaccionar de manera exagerada o insuficiente a los estímulos sensoriales, lo cual puede provocar comportamientos hiperactivos, inatentos o impulsivos. Estos síntomas son similares a los del TDAH, lo que puede llevar a una confusión diagnóstica.

La evidencia sugiere que un porcentaje significativo de niños diagnosticados con TDAH también presentan síntomas de TPS. En un estudio realizado por Ben-Sasson et al. (2009), se encontró que entre el 40% y el 60% de los niños con TDAH también manifestaban signos de disfunción en el procesamiento sensorial. La presencia de TPS puede exacerbar la sintomatología del TDAH, ya que la dificultad para filtrar estímulos puede hacer que el niño se distraiga con facilidad o busque comportamientos impulsivos para manejar la sobrecarga sensorial.

Otro de los trastornos que pueden presentar síntomas similares a los del TDAH son los trastornos de ansiedad. Los niños con ansiedad tienden a estar distraídos debido a preocupaciones internas, lo que puede ser confundido con falta de atención. Además, la inquietud y la impulsividad pueden surgir como respuestas adaptativas al estrés o a situaciones de ansiedad.

La ansiedad puede coexistir con el TDAH, lo que complica el diagnóstico. En algunos estudios, hasta el 25-30% de los niños con TDAH también cumplen con los criterios de un trastorno de ansiedad (Pliszka, 2011). Esta comorbilidad puede hacer que los síntomas del TDAH sean más difíciles de manejar, ya que el estrés adicional amplifica la inatención y la

impulsividad.

La depresión en los niños también puede presentarse con síntomas que son similares a los del TDAH. Los niños con depresión pueden experimentar una disminución de la concentración, fatiga e inquietud. Además, la irritabilidad, que es común en la depresión infantil, puede ser interpretada erróneamente como impulsividad.

Los problemas de sueño son frecuentes en niños diagnosticados con TDAH, y la falta de un sueño adecuado puede contribuir a síntomas de hiperactividad e inatención aun no siendo específicamente TDAH. Las alteraciones del sueño, como el insomnio, el síndrome de piernas inquietas o la apnea del sueño, pueden afectar negativamente la capacidad de un niño para concentrarse y controlar sus impulsos durante el día.

La investigación científica ha descubierto que los niños con TDAH tienen un mayor riesgo de presentar trastornos del sueño en comparación con sus pares neurotípicos. Owens (2005) sugiere que la falta de sueño puede exacerbar los síntomas del TDAH o incluso causar síntomas que imitan el TDAH en niños que no tienen el trastorno.

Finalmente, el TDAH y los Trastornos del Espectro Autista (TEA) comparten ciertos síntomas, como la dificultad para concentrarse, la impulsividad y la hiperactividad. Sin embargo, existen diferencias clave en la naturaleza y origen de los síntomas que pueden ayudar a distinguir entre estos trastornos.

Mientras que los niños con TDAH pueden tener problemas para mantener la atención debido a la distracción por estímulos externos, los niños con TEA a menudo presentan dificultades de atención como parte de un patrón más amplio de déficits en la comunicación social y la flexibilidad conductual. Además, las conductas repetitivas y las respuestas inusuales a los estímulos sensoriales son más comunes en los TEA.



¿Estamos sobrediagnosticando el TDAH?

El debate sobre si el TDAH está sobrediagnosticado ha sido persistente en la literatura científica y en los medios de comunicación.

Algunos expertos sugieren que el aumento de diagnósticos de TDAH en las últimas décadas puede no ser indicativo de un verdadero aumento en la prevalencia del trastorno, sino más bien de un sobrediagnóstico impulsado por diversos factores.

Estos incluyen cambios en los criterios diagnósticos, una mayor sensibilización sobre el TDAH, la influencia de la industria farmacéutica y la tendencia a patologizar comportamientos normales en la infancia. Este punto explora estas cuestiones y sus implicaciones.

Uno de los factores clave que ha contribuido al aumento de diagnósticos de TDAH es la evolución de los criterios diagnósticos en los manuales utilizados por los profesionales de la salud mental, como el DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales).

Los síntomas del TDAH, como la inatención y la hiperactividad, son comportamientos que todos los niños presentan en algún momento, lo que plantea el problema de la subjetividad en el diagnóstico. La línea entre un comportamiento normal y un trastorno clínico puede ser difusa, y esto ha llevado a que algunos profesionales diagnostiquen TDAH basándose en percepciones de comportamiento que podrían ser parte de la variabilidad normal del desarrollo infantil (Timimi & Taylor, 2004).

La industria farmacéutica también juega un papel significativo en la visibilidad y en el manejo del TDAH. Desde la introducción de medicamentos estimulantes como el metilfenidato (Ritalin) y las anfetaminas (Adderall) para el tratamiento del TDAH, ha habido un aumento en la promoción de estos medicamentos.

Existen preocupaciones sobre la influencia de las compañías farmacéuticas en el aumento de los diagnósticos de TDAH. La promoción activa de medicamentos para el TDAH tanto a profesionales de la salud como al público general ha llevado a un aumento en la prescripción de estos fármacos. Un estudio de Schwartz y Cohen (2013) destaca que el gasto en publicidad y la promoción directa a médicos han coincidido con picos en el número de recetas emitidas para estos medicamentos.

El enfoque principal en la medicación como tratamiento para el TDAH ha llevado a la crítica de que se están medicalizando comportamientos que podrían manejarse con intervenciones no farmacológicas. Algunos expertos sugieren que la medicación a menudo se utiliza como la primera línea de tratamiento, sin considerar opciones alternativas como la terapia conductual, la modificación del entorno o la intervención educativa (Moncrieff & Timimi, 2011).

El aumento en los diagnósticos también podría reflejar una tendencia a patologizar comportamientos normales de la infancia, especialmente en contextos donde las expectativas educativas y sociales son altas.

En las últimas décadas, ha habido un incremento en las exigencias académicas desde edades tempranas, lo que puede llevar a etiquetar a los niños que no se adaptan a estos estándares como «problemáticos» o «hiperactivos». Gray (2011) argumenta que comportamientos como la inquietud y la falta de concentración en un aula tradicional pueden ser respuestas naturales a la falta de juego libre y a la estructuración rígida de las actividades escolares. En estos casos, el diagnóstico de TDAH podría estar sustituyendo la necesidad de adaptar los métodos educativos a las necesidades naturales de los niños.

El rango de variabilidad en el desarrollo infantil es amplio, y algunos niños simplemente son más activos o distraídos que otros sin que esto implique un trastorno neuropsiquiátrico. Esta diversidad natural podría estar siendo diagnosticada como TDAH, especialmente en contextos donde la norma social favorece el comportamiento más controlado y centrado. Timimi y Taylor (2004) sugieren que la tendencia a buscar una explicación médica para la variabilidad normal del comportamiento infantil podría estar alimentando el sobrediagnóstico.

Finalmente, el aumento en la concienciación sobre el TDAH también ha llevado a que más padres, maestros y médicos identifiquen síntomas que antes podían ser ignorados. Esto tiene un lado positivo, ya que más niños que realmente necesitan ayuda pueden recibir apoyo temprano, pero también puede conducir a un aumento en los diagnósticos basados en interpretaciones subjetivas de los síntomas.

La mayor conciencia sobre el TDAH ha llevado a más familias a buscar un diagnóstico y tratamiento para sus hijos. Sin embargo, esta tendencia puede resultar en diagnósticos apresurados o influenciados por las expectativas de los padres o las preocupaciones de los maestros. Es posible que en algunos casos, los comportamientos observados sean respuestas normales al estrés, la falta de sueño o la sobreestimulación en el entorno escolar, y no un trastorno neurobiológico subyacente.

A pesar de las preocupaciones sobre el sobrediagnóstico, algunos estudios sugieren que en ciertos grupos, especialmente en niñas y en comunidades desfavorecidas, el TDAH puede estar infraidentificado.

Los estudios han mostrado que las niñas con TDAH suelen ser diagnosticadas con menos frecuencia que los niños, a pesar de presentar síntomas igualmente discapacitantes (Arnold, 2015). Esto puede deberse a que las niñas tienden a manifestar más síntomas de inatención que de hiperactividad, lo cual es menos visible en el entorno escolar. Como resultado, muchas niñas con TDAH no reciben el diagnóstico o tratamiento adecuado.

En comunidades con bajos ingresos, el acceso limitado a servicios de salud mental puede llevar a un subdiagnóstico del TDAH. Los síntomas de inatención o comportamiento impulsivo pueden ser atribuidos erróneamente a problemas sociales o a la falta de disciplina en lugar de ser reconocidos como parte de un trastorno neurobiológico (Visser et al., 2014). Por lo tanto, la percepción de sobrediagnóstico puede no reflejar adecuadamente la realidad en ciertos contextos.

Conclusiones

El análisis del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en este artículo pone en evidencia la complejidad de su diagnóstico y las múltiples variables que pueden estar influyendo en su prevalencia en la actualidad. Si bien el TDAH es una condición neurobiológica real y diagnosticable, los factores externos de la sociedad moderna, como la sobreestimulación digital, la presión académica y la falta de juego libre, parecen desempeñar un papel crucial en la manifestación de comportamientos que pueden ser malinterpretados como síntomas del trastorno.

En las últimas décadas, el aumento en el uso de dispositivos digitales y la hipercompetitividad en los sistemas educativos han creado un entorno poco favorable para el desarrollo infantil.

La sobrecarga sensorial y las expectativas sociales pueden inducir comportamientos que, sin un diagnóstico diferencial exhaustivo, se etiquetan erróneamente como TDAH.

Además, el enfoque en la medicalización, impulsado en parte por la industria farmacéutica, ha contribuido al tratamiento prematuro de muchos niños con medicamentos, en lugar de considerar factores ambientales y soluciones no farmacológicas.

Las investigaciones sugieren que el diagnóstico de TDAH, aunque necesario en muchos casos, puede estar siendo utilizado de manera excesiva o incorrecta para describir comportamientos que, bajo un análisis más profundo, podrían atribuirse a una reacción natural al estrés o al entorno. Es fundamental que los profesionales de la salud mental adopten un enfoque más holístico, que considere tanto los aspectos biológicos como los contextuales, para evitar el sobrediagnóstico y asegurar que los niños reciban la intervención adecuada para sus necesidades particulares.

Pero también los padres y madres debemos ser conscientes de qué significa TDAH y tratar de comprender cómo se sienten nuestros hijos antes de estigmatizarlos.

En definitiva, el artículo señala que la comprensión del TDAH debe seguir evolucionando, integrando un enfoque que contemple no solo la neurobiología, sino también el contexto social y las influencias ambientales que afectan el comportamiento infantil.

La reflexión sobre la hiperestimulación moderna y sus efectos sobre el desarrollo cognitivo y conductual infantil es clave para ajustar tanto los diagnósticos como los tratamientos de

manera más precisa y responsable.

Referencias

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
- Arnold, L. E. (2015). Sex differences in ADHD: Conference summary. *Journal of Clinical Psychiatry*, 76(8), e1019.
- Barkley, R. A. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. Guilford Press.
- Ben-Sasson, A., Carter, A. S., & Briggs-Gowan, M. J. (2009). Sensory over-responsivity in elementary school: Prevalence and social-emotional correlates. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(5), 705-716.
- Biederman, J., Mick, E., & Faraone, S. V. (2008). Age-dependent decline of symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder: Impact of remission definition and symptom type. *American Journal of Psychiatry*, 165(6), 718-725.
- Christakis, D. A. (2004). The effects of infant media use: What do we know and what should we learn? *Acta Paediatrica*, 93(s444), 8-16.
- Clements, S. D. (1966). Minimal brain dysfunction in children. *Public Health Service publication*, No. 1415.
- Connolly, S. D., Bernstein, G. A., & Work Group on Quality Issues. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(2), 267-283.
- Ginsburg, K. R. (2007). The importance of play in promoting healthy child development and maintaining strong parent-child bonds. *Pediatrics*, 119(1), 182-191.
- Gray, P. (2011). The decline of play and the rise of psychopathology in children and adolescents. *American Journal of Play*, 3(4), 443-463.
- Hoffmann, H. (1845). *Struwwelpeter*.
- Kühn, S., & Gallinat, J. (2014). Brains online: Structural and functional correlates of habitual Internet use. *Addiction Biology*, 20(2), 415-422.
- Leitner, Y. (2014). The co-occurrence of autism and attention deficit hyperactivity disorder in children—what do we know? *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 268.
- Lupien, S. J., McEwen, B. S., Gunnar, M. R., & Heim, C. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature Reviews*

Neuroscience, 10(6), 434-445.

- Mahoney, J. L., Harris, A. L., & Eccles, J. S. (2006). Organized activity participation, positive youth development, and the over-scheduling hypothesis. *Social Policy Report*, 20(4), 3-31.
- Miller, L. J., Anzalone, M. E., Lane, S. J., Cermak, S. A., & Osten, E. T. (2007). Concept evolution in sensory integration: A proposed nosology for diagnosis. *The American Journal of Occupational Therapy*, 61(2), 135-140.
- Moncrieff, J., & Timimi, S. (2011). Is ADHD a valid diagnosis in adults? No. *BMJ*, 343, d5059.
- Owens, J. (2005). The ADHD and sleep conundrum: A review. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 26(4), 312-322.
- Pliszka, S. R. (2011). Comorbid psychiatric disorders in children with ADHD. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(suppl 5), 8-13.
- Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942-948.
- Rutter, M. (2006). *Genes and behavior: Nature-nurture interplay explained*.
- Schwartz, L. M., & Cohen, M. R. (2013). Medical marketing in the United States, 1997-2016. *JAMA*, 319(1), 97-109.
- Still, G. (1902). Some abnormal psychical conditions in children. *The Lancet*, 159(4102), 1008-1012.
- Timimi, S., & Taylor, E. (2004). ADHD is best understood as a cultural construct. *The British Journal of Psychiatry*, 184(1), 8-9.
- Visser, S. N., Danielson, M. L., Bitsko, R. H., Holbrook, J. R., Kogan, M. D., Ghandour, R. M., ... & Blumberg, S. J. (2014). Trends in the parent-report of health care provider-diagnosis and medication treatment for ADHD: United States, 2003-2011. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(1), 34-46.