

Mayo 2012 3 Ed. ASOCIACIÓN PSICOLÓGICA ARGENTINA - N° 418

**Periódico Mensual**  
Dirección y Preparación: Lic. Miguel Kohan  
Redacción / Administración y Publicidad:  
Paseo 505 4° Piso Of. 8  
CABA (Buenos Aires)  
Teléfono: 4962.8288  
e-mail: [info@actasidapsi.com](mailto:info@actasidapsi.com)  
e-mail: [publicidad@actasidapsi.com](mailto:publicidad@actasidapsi.com)  
http://www.actasidapsi.com

# ACTUALIDAD PSICOLOGICA

Los artículos enviados se venden al precio del último número.  
**ISSN 0223-2590**  
Instituto Nacional del Derecho de Autor 101 090709



# Patologización de la infancia

Miguel Benasayag - Beatriz Janín - Gabriela Dueñas - Juan Vasen - Gisela Untoiglich  
Alejandra Barcala - Silvia Faraone y Eugenia Bianchi - María A. Terzaghi - María Cristina Rojas



## **El TDA/H en la infancia: Problematizando manuales, conceptos y diagnósticos.**

**Silvia Faraone y Eugenia Bianchi**

**Pág. 24-26.**

### **Introducción**

El diagnóstico y el tratamiento por TDA/H en la infancia es, en la actualidad, terreno de ásperos debates entre profesionales de la salud de distintas posiciones teóricas y terapéuticas.

Estas controversias aún no están resueltas y la conflictiva avanza en un estado de tensión que se pone de manifiesto tanto en las escuelas, en los espacios terapéuticos, en los medios de comunicación, en la publicación de bibliografía, así como en los congresos y jornadas. En este escenario los niños y niñas son los destinatarios de abordajes que tendrán consecuencias, no necesariamente positivas, a lo largo de toda su vida.

En Argentina, el discurso psicoanalítico se posiciona como un actor central en las controversias con las corrientes de la neuropsiquiatría biológica, adquiriendo un rol cuya trascendencia otorga al caso argentino una singularidad destacable.

Un hito importante en estas tensiones lo instituye la publicación, en 2005, del Consenso de Expertos del área de la salud, dirigido al Ministerio de Salud de la Nación. El documento objeta la extensión del diagnóstico de TDA/H, y la prescripción de fármacos para su tratamiento, resaltando sus efectos adversos.

Este documento avanza además sobre la urgente necesidad de restringir la difusión de información en medios de comunicación, por la polémica suscitada entre profesionales respecto de la existencia misma de este trastorno.

En este artículo proponemos un enfoque en torno a la noción de *trastorno* en relación al *Manual de Diagnóstico y Estadísticas de los Trastornos Mentales* (DSM) y la forma en que el TDA/H se asume y circula como *trastorno* de la conducta infantil, deteniéndonos en forma particular, en algunas características que adquiere en Argentina.

Los resultados que aquí exponemos corresponden a diferentes investigaciones que realizamos en el marco de proyectos de investigación UBACyT y CONICET. La metodología utilizada es cualitativa, basada en el análisis de fuentes documentales que abarcan entrevistas a profesionales de la salud y de la educación, revistas y libros especializados en la temática, páginas de internet de asociaciones de profesionales y artículos periodísticos.

### **La problematización como propuesta para el análisis**

Un modo de abordar estas polémicas y disputas es recurriendo al concepto de problematización. Para Dean (1994), la problematización es, junto con la teoría progresivista y la teoría crítica, una de las tres formas de práctica intelectual. La problematización analiza las formas históricas de la verdad y del conocimiento, sin enfocarse en su origen ni en su fin. Esto le permite encontrar preguntas donde otros han localizado respuestas.

La problematización es el conjunto de prácticas discursivas y extradiscursivas que permiten que un objeto ingrese en el juego de lo verdadero y lo falso, y que se

constituya como objeto de pensamiento. Este objeto quedará delineado y bordeado precisamente en ese interjuego de prácticas que lo constituyen como tal (Foucault, 1991b).

Un aspecto nodal de este concepto consiste en tomar en cuenta las múltiples respuestas que se brindan para un mismo conjunto de problemas. El análisis se centra en cuáles son los puntos en los que las respuestas simultáneas se relacionan, aún con las contradicciones que puedan presentar (Foucault, 1997, 2009).

El TDA/H es un término surgido de la égida médico-científica, por eso la noción de problematización se conecta en este caso con otro concepto, el de régimen de veridicción (Foucault, 1991a, 2004, 2009), que definimos como el conjunto de reglas que permiten establecer -en una sociedad y en relación a un cierto discurso- cuáles son los criterios de verdad, que permiten decidir acerca de la veracidad o falsedad de ciertos enunciados y formulaciones.

De manera que problematizar no es ofrecer una solución; ni llegar a la conclusión de cuál es la respuesta que pone fin a la controversia. Tampoco es expedirse acerca de la verdad o falsedad científica de los argumentos involucrados. Problematizar es encontrar qué voces surgieron tratando de responder el problema que se plantea, y en qué aspectos estas voces simultáneas y múltiples tienen alguna regularidad: nombran lo mismo, se preocupan o identifican algo como relevante, resaltan algún vínculo explicativo, etc.

Esto conlleva un movimiento de análisis crítico que, por un lado, marque cómo las diferentes soluciones a un problema fueron construidas, y por otro, ubique cómo esas diferentes soluciones resultan de una forma específica de problematización.

### **La noción de trastorno y la influencia de los manuales DSM**

Si, siguiendo a Augsburger, entendemos que una clasificación de enfermedades se define como “un sistema de categorías a las cuales se asignan entidades mórbidas de acuerdo con criterios preestablecidos” (Augsburger, 2002:63), el caso del TDA/H ejemplifica cómo los manuales de clasificación internacional han tenido un papel prioritario en la interpretación de la noción de trastorno, codificando modos de pensar y organizar el comportamiento, y clasificándolos en categorías nosológicas.

Esta noción se conforma con multiplicidad de significados: malestar, descontrol, limitación, incapacidad, patrón sindrómico, etc. Aunque cada uno de estos significados puede ser un indicador útil para un tipo de trastorno mental, ninguno equivale al concepto.

En la noción de trastorno, la medicina, como práctica política, encuentra nuevos nichos que instituyen innovadores procesos de medicalización, redefiniendo la significación de lo normal y lo patológico (siempre en términos de anormalidad) y las terapéuticas vinculadas a dichas significaciones.

En este marco el DSM se constituyó en un instrumento prioritario para estas clasificaciones. Con características de nomenclatura y orientación diagnóstica, su primera edición data de 1952 y, desde entonces, en sucesivas revisiones, se fueron incorporando modificaciones metodológicas y conceptuales de acuerdo al contexto socio-político general y del campo de la salud en particular.

El DSM-IV-TR, del 2000 y actualmente en vigencia, reconoce como objetivos constituirse como una herramienta para la investigación epidemiológica y el intercambio científico. Pero además, se enuncia como guía útil para la práctica clínica. Asimismo, advierte acerca de la importancia de que los profesionales cuenten con entrenamiento especial que proporcione conocimientos y habilidades clínicas, para la

correcta aplicación de los criterios propuestos por el manual (Stagnaro y Tesone, 2004; Mises, 2004).

Según detalla Shorter en su Historia de la psiquiatría, de 1999, a lo largo de cuarenta años se extendió sensiblemente la clasificación de trastornos en el DSM: en el DSM-I, en 1952, se detallaban 106 entidades y en el DSM-IV, en 1994, alcanzaban los 297. La cantidad de páginas es otro dato a tener en cuenta, ya que en estas se clasifican y describen las nosologías, desde las 130 del DSM-I hasta las 886 del DSM-IV (Conrad, 2007). El actual DSM-IV-TR tiene 943 páginas.

Dentro de los cambios conceptuales y metodológicos más significativos del pasaje del DSM-II al DSM-III, se encuentran la incorporación de criterios diagnósticos explícitos y el avance en descripciones de síntomas y signos, con pretensiones de neutralidad y objetividad. A partir del DSM-III emergió el concepto de trastorno mental, asimilable a síndrome o manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica, sin especificación de causa. El surgimiento del término trastorno, en la década de 1980, significó una categorización si/no de acuerdo a “supuestos criterios objetivos dados por una taxonomía del síntoma” (González Pardo y Pérez Álvarez, 2007: 29).

Por último, el DSM-IV asume un abordaje denominado neokraepeliniano, dado que las ‘patologías’ son concebidas como entidades discretas. Aunque estas entidades no definen enfermedades, sino síndromes, esta precaución no necesariamente opera en la práctica, dado que los síndromes son empleados de la misma manera que si se tratase de enfermedades (Ehrenberg, 2000). Para el caso de niños y niñas en particular, en algunas fuentes se señala la frecuente fusión entre síndromes e individuos, con efectos que sesgan la subjetividad. Como marca Vasen, “(e)n nuestro caso todo chico que presenta dificultades con su atención, es hiperactivo y/o impulsivo, puede ser englobado en la clase de los ADD. Y pasar a ‘ser’ ADD. Sin resto” (Vasen, 2007:37).

En este sentido, Kleinman y Benson agregan que la experiencia moral del paciente está siendo privada de moralidad, que la subjetividad misma está experimentando transformaciones, y que “se reconforman alrededor procedimientos burocráticos y modelos técnicos de manera que la vida deviene algo nuevo, diferente y peligroso” (Kleinman y Benson, 2004:21).

El DSM utiliza desde entonces la noción de *trastorno* como “un concepto que no tiene límites precisos y que carece de una definición operacional” (Korman e Idoyaga Molina, 2010:31). En este manual se remarca el sesgo que implica la denominación *trastorno mental*, porque supone una separación entre las esferas mentales y físicas. Pero la denominación persiste, dada la ausencia de otra que resulte más adecuada. En el DSM no sólo se enfatiza la laxitud respecto de los límites entre un trastorno mental y uno físico, sino que el carácter difuso de las fronteras aparece como una característica del concepto mismo.

A pesar que el propio manual expresa la conflictividad acerca de la conceptualización de la noción de trastorno, el DSM-IV-TR mantiene la definición ya desarrollada en los DSM-III y DSM-III-R, instalando a ésta como hegemónica para la lectura de los problemas en el campo de la salud mental, y particularmente por el objetivo de esta publicación, de los problemas relacionados a la infancia.

### **La definición de trastorno en la infancia. La centralidad del DSM en el diagnóstico de TDA/H**

Por lo expuesto, el DSM constituye un elemento que incide de modo insoslayable en los vínculos entre nuestra realidad contemporánea y los discursos de la salud que hoy se

ocupan del TDA/H. La sigla TDA/H, que en inglés remite a un desorden de la atención y de la actividad, se tradujo al castellano como ‘trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad’.

El TDA/H está tipificado como un trastorno de inicio en la infancia o adolescencia. En la infancia, la noción de trastorno presenta dos aspectos problemáticos adicionales a los ya mencionados: por una parte, los trastornos psicológicos infantiles no constituyen, en su mayoría, entidades clínicas ‘puras’. Por otro lado, la mayoría de los comportamientos atribuibles a un trastorno también están presentes en el funcionamiento normal de las niñas y niños. Sin embargo, la dificultad más importante en relación a la definición de un trastorno mental en la infancia se vincula con decidir cómo y dónde se sitúa lo normal y lo patológico (Pedreira Massa, 2000).

Otros autores han cuestionado la noción de trastorno en la infancia. Vasen plantea que “(e)sta ilusión de nombrar con *certeza* ‘divina’ se pone en obra en esta llamada *Biblia* de la salud mental con la expansión del término *trastorno* que, en rigor, pretende desplazar (y por lo tanto emplazar) un nombre, una nueva *palabra maestra* pre-freudiana que es tomada de otro lado (de la medicina del siglo XVII) para reemplazar otros términos -como por ejemplo neurosis que en su momento fueron un progreso nominativo, claro que *herético*, de los modos de sufrimiento mental. O sea que el trastorno es un retorno. La restauración de viejos dogmas en nuevas prosas” (Vasen, 2011:21).

También se ha planteado que el TDA/H no es un síndrome, pues carece de elemento constante, único o específico que lo defina (Benasayag, 2007). La noción de trastorno aparece así como una categoría polémica, inacabada, abierta. Estas características, sin embargo, no han dificultado su circulación y extensión, ni han coartado su capacidad de producir efectos diversos, tanto en la formulación del diagnóstico y del tratamiento, como en las subjetividades de niños y niñas.

El DSM intenta ser cauto respecto a no confundir síndromes con individuos, pero a pesar de los pronunciamientos y recaudos del manual, ambos pueden quedar indiferenciados, ya que el diagnóstico está centrado en las conductas observadas. Las conductas se observan en los individuos, con lo cual el acento es redirigido hacia los niños y niñas y sus acciones, sobre las que se imputan anormalidades. Como marca Untoiglich, “(l)os modos de mirar a un niño están en relación a los modos de nombrarlo, al lugar en el que se lo ubique en función de esos atributos. Cuando esto ocurre en tiempos de constitución subjetiva, las consecuencias que acarrear las nominaciones con las que se lo categorizará podrán ser subjetivantes o desubjetivantes, según la implicancia que adquieran para la constitución psíquica y los procesos identificatorios (Untoiglich, 2011:201).

### **El TDA/H como trastorno de la conducta en la infancia**

La reiteración de definiciones, referencias y alusiones relacionadas con el DSM como fuente casi exclusiva de conceptualización del TDA/H, marca la preeminencia del manual por sobre otras propuestas clasificatorias disponibles en Argentina (Arizaga y Faraone, 2008). Se destacan la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud, o CIE-10 (de la Organización Mundial de la Salud), y en particular para los denominados trastornos infantiles, la Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente, o CFTMEA-R-2000 (de la Federación Francesa de Psiquiatría).

De acuerdo con el DSM, el TDA/H es una entidad patológica con estatuto propio, diferenciada de otras patologías: esquizofrenia, trastornos generalizados del desarrollo - o TGDs-, trastornos psicóticos en la infancia, etc., aunque con una alta comorbilidad.

Por otro lado, el manual también establece que la inclusión dentro los patrones de diagnóstico de TDA/H es una cuestión de grado, de distancia con respecto a un patrón de regularidad. Así lo que merece la consideración de patológico no es que el niño o niña no preste atención, o le cueste permanecer sentado en la silla, entre otras conductas. Lo que da la pauta de la existencia de una patología es, antes bien, la frecuencia y duración de estas conductas, que puestas en comparación con los *parámetros normales*, resultan en una desproporción, un exceso o una desmesura.

En las entrevistas realizadas en nuestras investigaciones se observó que la relación entre la definición del TDA/H y el DSM no siempre es tan explícita. Ambos aparecen vinculados en un abanico de posicionamientos que van desde aportes que aceptan y acuerdan con la formulación del manual, pasando por profesionales que lo toman como una herramienta operativa, que es utilizada para cumplimentar requisitos institucionales, hasta posturas en las que la oposición al manual se expresa con agudeza.

### **El TDA/H como escenario del debate**

Uno de los rasgos más salientes que adquieren las controversias en torno al estatuto del TDA/H, desde los profesionales, es el debate en torno a la existencia misma del cuadro. En estos términos, en fuentes analizadas se formularon, por un lado, enunciados que afirman que el TDA/H designa una condición neurológica de origen genético, que no es un “bloqueo o problema emocional” ni un “problema específico de aprendizaje” (Joselevich, 2005:21). Por otro, relevamos enunciados que sostienen que no existe como entidad patológica específica, porque no existe “suficiente evidencia documentada de que haya alteración genética específica y sustentable” (Benasayag, 2007:27).

La controversia en torno al estatuto del TDA/H queda organizada en relación a cuestiones como la verdad/falsedad de los enunciados, la adecuación/inadecuación a postulados científicos, la suficiencia/insuficiencia de evidencia empírica que respalde una etiología biológica, la incidencia/no incidencia del contexto social, etc.

En las entrevistas realizadas, el TDA/H resulta de la conjunción de prácticas y discursos polarizados. Es una conjunción conflictiva, porque cada postura ofrece una respuesta a la pregunta por la existencia y estatuto del TDA/H, que impugna a la otra.

Retomando lo ya expresado y de acuerdo con estos enunciados, lo que designa al TDA/H engloba al menos dos entidades diferentes. Una de ellas, con base *neurológica*, minoritaria respecto de la totalidad de casos diagnosticados en niños y niñas, y ponderada en ocasiones como la ‘verdadera’. Y otra, con una etiología no neurológica, fundamentada en *síntomas y conductas* observables, y que se presta a ser ‘mal diagnosticada’. Este mal diagnóstico puede deberse a dos posibilidades. La primera, cuando se diagnostica como TDA/H *conductual* un caso que sería de origen *neurológico*. La segunda refiere a casos en los que la etiología sintomática oculta o se superpone a otros factores intervinientes en la condición.

Entre los factores intervinientes se presentan por una parte, problemas sociales, familiares y vinculares (como violencia, abuso, desamparo, etc.), con los que el TDA/H comparte las manifestaciones conductuales, y a los que el diagnóstico termina por enmascarar.

Por otra parte, la sintomatología del TDA/H se superpone con la de otros trastornos como autismo, psicosis, etc. La comorbilidad que permite la tipificación da pie a que se

formule al TDA/H como diagnóstico principal, cuando serían esos otros trastornos los que explicarían las conductas observables.

Precisamente, una regularidad es la alusión al DSM como elemento de marcada gravitación en el acto diagnóstico. Más allá de las orientaciones teóricas de los profesionales, esta regularidad marca el impacto y la transformación que el modelo del DSM-III y sus continuaciones han tenido en la configuración actual de la práctica clínica en salud mental. Un modelo que, erigido sobre la noción de trastorno, y sostenido en la epidemiología y en datos observables, permea las coordenadas de inteligibilidad para la práctica de los profesionales.

### **A modo de conclusión**

De lo expuesto se extrae que, en el escenario que se delinea en torno al TDA/H en Argentina, el DSM ocupa un lugar central. Como herramienta para la práctica, o como marco teórico, el manual surge como un elemento de alusión insoslayable. Esta referencia sin embargo no está exenta de tensiones.

Por otra parte, en la configuración del trastorno, son relevantes dos aspectos: lo síndrómico, y el acento en las conductas. Analizar el panorama en términos de problematización permitió ubicar como una regularidad el énfasis en las conductas y síntomas observables, como el elemento que todos los discursos contemplan. Este énfasis remite a la noción misma de trastorno, y es un punto en el que se percibe su eficacia circulatoria, uno de los motivos que le permitieron extenderse como herramienta diagnóstica.

Como se advierte por el análisis de fuentes y entrevistas, existen posturas que expresan diversos matices con relación al manual. Tanto las críticas como las adhesiones, tienen en el manual un eje fundamental. Se puede diagnosticar ‘en acuerdo’ o ‘por fuera’ del DSM, pero en todos los casos, el manual se ha convertido en un mojón. Para acercarse o alejarse, para aceptarlo u oponerse, la práctica clínica no puede omitirlo como elemento en juego.

Frente a este panorama, problematizar es interrogarnos. Este es el desafío que no puede estar ausente cuando pensamos e intervenimos en relación a la infancia.

### **Bibliografía**

Arizaga, C. y Faraone, S. (2008). *La medicalización de la infancia. Niños, escuela y psicotrópicos*. Sedronar–Observatorio Argentino de Drogas, UBA - Instituto de Investigaciones Gino Germani.

Augsburger, A. (2002). “De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave”, en *Cuadernos médicos sociales*, núm. 80, pp. 61-75. Buenos Aires.

Benasayag, L. (Comp.). (2007). *ADDH. Niños con déficit de atención e hiperactividad. ¿Una patología de mercado? Una mirada alternativa con enfoque multidisciplinario*. Argentina: Noveduc.

Conrad, P. (2007). *The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The John Hopkins University Press.

Cooper, R. (2004). “What is wrong with the DSM?” *History of Psychiatry*. 15 (1). Pp. 5-25.

Dean, M. (1994). *Critical and Effective Histories. Foucault’s Methods and Historical Sociology*. London and New York: Routledge.

- Ehrenberg, A. (2000). *La fatiga de ser uno mismo. Depresión y sociedad*. Bs. As.: Nueva Visión.
- Fortineau, J. (2002). “Prólogo”, en *Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente, versión francesa*.
- Foucault, M. (1991a). “De los suplicios a las celdas”. En: Varela, J. y Álvarez-Uría, F. (Eds.) *Saber y Verdad*. Madrid: La Piqueta. Pp. 83-88.
- Foucault, M. (1991b). “El interés por la verdad”. En: Varela, J. y Álvarez-Uría, F. (Eds.) *Saber y Verdad*. Madrid. La Piqueta. Pp. 229-242.
- Foucault, M. (1997). “Polemics, politics, and problematizations: An interview with Michel Foucault”. En: Rabinow, P. (Ed.) *The essential works of Foucault 1954-1988*. Vol. I. Ethics, subjectivity and Truth. New York: The New Press. Pp. 111-119.
- Foucault, M. (2004). *Nietzsche, la genealogía, la historia*. España: Pre-Textos.
- Foucault, M. (2009). *El gobierno de sí y de los otros*. Argentina: FCE.
- Joselevich, E. (Comp.) (2005). *AD/HD. Qué es, qué hacer. Recomendaciones para padres y docentes*. Bs. As.: Paidós.
- Kishore, J. (2002). *A dictionary of Public Health*. New Delhi: Century.
- Kleinman, J. y P. Benson (2004) *La vida moral de los que sufren enfermedad y el fracaso existencial de la medicina*.  
<http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono2/Articulos/articulo2.pdf>.
- Korman, G. y A. Idoyaga Molina (2010). *Cultura y depresión*. Buenos Aires: Akidia.
- Mises, R. (2004). “Prólogo”, en *Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente*, edición castellana. Buenos Aires: Polemos.
- Pedreira Massa, J. L. (2000). La evaluación de los trastornos mentales en la infancia en atención primaria. Acceso 20/12/2008. Disponible en: <[http://www.comtf.es/pediatria/Congreso\\_AEP\\_2000/Ponencias-htm/JL\\_Pedreira\\_Massa.htm](http://www.comtf.es/pediatria/Congreso_AEP_2000/Ponencias-htm/JL_Pedreira_Massa.htm)>
- Stagnaro, J. C. y J. E. Tesone (2004). “Presentación”, en *Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente (CFTMEA)*, versión castellana. Buenos Aires: Polemos.
- Untoiglich, G. (2011). *Versiones actuales del sufrimiento infantil. Una investigación psicoanalítica acerca de la desatención y la hiperactividad*. Bs. As.: Noveduc.
- Vasen, J. (2007). *La atención que no se presta: el “mal” llamado ADD*. Bs. As.: Noveduc.
- Vasen, J. (2011). *Una nueva epidemia de nombres impropios. El DSM-V invade la infancia en la clínica y las aulas*. Bs. As.: Noveduc.

### **Silvia Faraone**

Doctora en Ciencias Sociales, Magister en Salud Pública y Lic. en Trabajo Social de la Universidad de Buenos Aires. Docente, Categoría II, de la Carrera de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA, Cátedra Problemática de la Salud Mental. Coordinadora del Posgrado Determinantes Sociales de la Salud Mental, Facultad de Ciencias Sociales de la UBA. Investigadora del Instituto de Investigaciones Gino Germani, Área Salud y Población, de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA. Representante por el claustro investigadores en el Comité Académico del IIGG y Directora de los proyectos UBACyT Ciencias Sociales, Derechos Humanos y Salud Mental (Programación científica: 2008-2010; 2010-2012 y 2012-2014). Directora del Proyecto Multicéntrico sobre desinstitucionalización en salud mental, ‘Ramón Carrillo-Arturo Oñativia’, Ministerio de Salud de la Nación (2009-2010)



**Eugenia Bianchi**

Lic. en Sociología (UBA). Magister en Investigaciones en Cs. Sociales (UBA).  
Doctoranda en Cs. Sociales (UBA). Becaria Doctoral CONICET con el proyecto:  
Gubernamentalidad, tecnologías y saberes en torno al ADHD. Una genealogía de las  
disputas y convergencias de los discursos y prácticas de profesionales de la salud, en  
relación al diagnóstico y tratamiento del ADHD de niños/as en la CABA.